Nr. 33. i 34. 19. sierpnia 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Bożydar SZABUNIEWICZ. Kraków.

Śledziona jako zbiornik krwi.

Z Zakładu Fizjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Dyrektor: Prof. Dr. E. Maydell.

Śledziona jest organem, którego fizjologja niezupełnie jest wyjaśniona, a być może raczej zupełnie jest niewyjaśniona. Organ ten otoczony jest silną torebką łącznotkankową, od której do wnętrza organu odchodzą t. zw. beleczki śledziony. W tych ostatnich przebiegają naczynia krwionośne grubego kalibru.

Każde z naczyń rozgałęzia się w obrębie beleczki, a średnica jego maleje coraz bardziej. Gdy średnica naczynia zmaleje do tego stopnia, że nie przekracza 200 mikronów, wydostaje się ono nazewnątrz, z beleczki do miazgi śledziony, i rozgałęzia się dalej przyczem średnica jego maleje jeszcze znacznie. Ta część naczynia otoczona jest jakby grubą otoczką złożoną z tkanki adenoidalnej, w oczkach której znajdują się i rozmnażają limfocyty. Osłonka ta u niektórych zwierząt i m. in. u człowieka jest poprzerywana tak, że zamiast ciągłej pochewki znajdujemy szereg jakby paciorkowatych zgrubień ściany tętnicy, znanych pod nazwą ciałek Malpighiego.

Tętnice przechodzące przez ciałka Malpighiego rozpadają się wreszcie w pewnem miejscu odrazu na szereg rozgałęzień, tworząc twór porównany do pendzelka. Z tych końcowych odnóg jedne mają się otwierać bezpośrednio do miazgi śledziony, inne zaś przechodzą w t. zw. zatoki śledzionowe, przedstawiające zawikłany układ kanałów o średnicy 40 do 50 mikronów połączonych ze sobą wielokrotnie. Od tych kanałów rozpoczynają się żyły śledziony przebiegające najprzód w miazdze, potem w beleczkach. Każda drobna tętniczka otwierająca się do zatok śledziony ma w pewnej części wzdłuż swego przebiegu t. zw. osłonkę włosowatą. Jest to pochewka znacznie grubsza niż ściana zwykłej tętnicy, która, wpuklając się do światła naczynia, znacznie zwęża przekrój tętnicy, przez co znacznie zwiększa opór dla krwi płynącej do zatoki. Same zatoki śledzionowe mają być zaopatrzone w elementy kurczliwe dozwalające na zwiększanie lub zmniejszanie średnicy kanałów wypełnionych krwią, skutkiem czego mają one możność niejako wyciśnięcia krwi zawartej wewnątrz zatok do żył, względnie nasiąknięcie niejako krwią dopływającą przez tętnice.

Miazga śledziony, do której, jak wyżej zaznaczono, otwiera się część pędzelkowato rozgałęzionych tętniczek i w którą przechodzi tkanka grudek Malpighiego, jest to obficie unaczyniona tkanka limfoidalna. Wypełnia ona przestrzenie pomiędzy beleczkami śledziony i w niej przebiegają naczynia tętnicze o średnicy poniżej 200 mikronów. W oczkach tej tkanki znajdują się prócz limfocytów inne jeszcze komórki, których obecność nie dość jasno jest zrozumiała. Charakterystycznem jest to, że znajduje się tam wiele ciałek czerwonych, które nadają miazdze śledziony krwawoczerwoną barwę. W miazdze tej można znaleźć prócz pozornie normalnych ciałek czerwonych krwi również krwinki rozpadające się i już rozpadłe resztki oraz wielkie komórki fagocytarne zawierające w swem wnętrzu ciałka czerwone krwi.

Jak z powyższego widać, śledziona jest gruczołem limfatycznym o szczególnych cechach. Zgodnie z tem konstatowano wielokrotnie, że krew dopływająca do śledziony zawiera znacznie mniej limfocytów niż krew odpływająca. W niej więc powstają limfocyty. Gruczołów limfatycznych sporo znajdujemy w organizmie, lecz żaden z nich nie ma tak skomplikowanej budowy ani nie posiada wielkich kanałów mogących pomieszczać krew, dlatego też słusznie przypuszczają, że organ ten inne jeszcze poza wytwarzaniem limfocytów czynności spełnia w organizmie; przypisują mu też wiele czynności, z których tylko niektóre uznać można napewno. W młodych organizmach śledziona odgrywa rolę narządu krwiotwórczego. Również i u dorosłych organizmów w wyjątkowych wypadkach np. po znacznej utracie krwi może się odbywać w śledzionie tworzenie krwi.

W śledzionie, jak z obrazów mikroskopowych i z badań chemicznych wynika, odbywa się rozpad ciałek czerwonych krwi oraz rozkład hemoglobiny. W związku z tem śledziona ma przechowywać części składowe hemoglobiny zawierające żelazo i reguluje ilość żelaza znajdującą się w ustroju oraz szybkość wydalania tegoż. Wogóle w przerabianiu barwika krwi i w gospodarce żelazem w ustroju śledziona musi odgrywać ważną choć bliżej nieznaną rolę. Poza tem przypisują temu organowi bardzo różnorodne choć wcale nie zawsze z pewnością stwierdzone czynności, jak tworzenie cholesteryny, produkowanie jakiejś substancji uczynniającej trypsynę, jakąś zagadkową funkcję przy trawieniu i wiele innych.

W fizjologii często posługują się metodą polegającą na wycinaniu odpowiednich narządów z ustroju celem wyświetlenia roli danego organu i słusznie spodziewać się było można, że po wycięciu śledziony powstaną pewne zmiany w czynnościach organizmu po pozbawieniu tegoż organu o tak różnorodnych czynnościach. Tymczasem okazuje się, że zaburzenia są minimalne. Po wycięciu śledziony skonstatować można lekką anemję, która jednak wkrótce przemija bezpowrotnie. Ilość krwi może zmniejsza się na długi przeciąg czasu choć co do tej ostatniej zmiany to nie można jej stwierdzić z pewnością. Po wycięciu śledziony wzrasta ilość wydzielanego przez przewód trawienny żelaza bez jakichkolwiek zaburzeń w organizmie z tego powodu.

Poza temi nieznacznemi zmianami organizmu jego funkcje pozostają jak dawniej. Podobno tylko zwiększa się zapotrzebowanie na pokarmy, co jest jednak również nie dość pewnem.

Obecnie dzięki badaniom Josepha Barcrofta i jego szkoły wykryto nową czynność śledziony, o której pomówimy teraz obszerniej.

Już Gray w roku 1854 przypuszczał, że śledziona jest organem regulującym ilość krwi w organiźmie, a to na podstawie tego, że jest ona wypełniona krwią i że może zmieniać swą wielkość. Przypuszczenie to przez długi czas pozostawało w zapomnieniu. Przypomniał je sobie J. Bacroft (1) w następujących okolicznościach:

W roku 1921 zorganizowano w Cambridge przy udziale angielskich i amerykańskich uczonych wyprawę do Andów celem zbadania niektórych czynności fizjologicznych u ludzi żyjących na wielkich wysokościach (4000 do 5000 m.). Aby posiąść dane, z któremi można porównywać wyniki otrzymane w górach, przeprowadzono szereg badań na członkach ekspedycji. Mierzono m. i. ilość hemoglobiny (Hb) w krwi oraz ilość krwi. Pomiarów tych nie ukończono na miejscu w Cambridge i dalej prowadzono w ciągu podróży na okręcie. Dała się zauważyć zastanawiająca okoliczność: ilość Hb oraz ilość krwi utrzymywała się w Cambridge stale na jednym poziomie, co i wydaje się naturalne. Ale na okręcie ilości te zaczęły ulegać zmianom, i to nie przypadkowym, przyczem Barcroft spostrzegał, że wielkości te uzależnione są od temperatury otoczenia. Z odpowiednich pomiarów okazało się, że ogólna ilość Hb, a więc całkowita jej ilość zawarta w ustroju, wzrasta wraz ze wzrostem temperatury powietrza, i spada wraz ze spadkiem tejże. Pomiary odnośne wykonywano metodą tlenkowęglową: Badany osobnik wdycha przez pewien czas CO, przyczem oznacza się dokładnie ilość tego gazu pochłoniętego przez badanego, a następnie po wzięciu z tegoż próbki krwi, oznacza się ilość procentową tlenkowęglowej hemoglobiny, skąd za pomocą odpowiedniego rachunku daje się obliczyć ogólną zawartą w ustroju ilość Hb.

Słusznie jednak Barcroft powiada, że zmianom ulega „pozorna“ ilość Hb, przez co autor ten rozumie tę Hb w organiźmie, do której ma dostęp CO. Okazało się bowiem z dalszych badań, że pozorna ilość Hb uległa tak szybkim zmianom, że nie można przypuścić, aby się Hb wytwarzała. Raczej myśleć należało o jakiemś miejscu w organiźmie, w którem Hb, a więc i ciałka czerwone, krwi zostają ukryte i w odnośnych chwilach dostają się do krążenia, powodując przyrost ilości krwi i Hb. Uwagę Barcrofta zwróciła śledziona, nad którą przedsięwziął on szereg doświadczeń wspólnie ze Scott'em (2).

Pytanie jakie pragnęli nasamprzód rozstrzygnąć było następujące: Czy śledziona znajduje się w obrębie krążenia? Oczywiście chodziło o rozstrzygnięcie pytania w znaczeniu fizjologicznem, a nie anatomicznem. Chodziło mianowicie o to, czy krew znajdująca się w śledzionie krąży po całym układzie krwionośnym na równi z krwią znajdującą się w innych organach, czy też jest w jakiś sposób od krążącej krwi oddzielona, a więc czy pozostaje niejako na składzie.

Odnośne doświaczenia wykonano na szczurach w ten sposób, że umieszczano szereg tych zwierząt w atmosferze zawierającej

pewien procent CO, co pewien krótki przeciąg czasu zabijano parę zwierząt i oznaczano procent nasycenia Hb przez CO. Badano więc skład krwi u szczurów przebywających różnie długi okres czasu w atmosferze zawierającej CO. Okazało się, że CO rozmieszczone jest równomiernie w obrębie całego krążenia, znaleziono więc jednakowe ilości CO w krwi z serca, z wątroby i t. p. Wyjątek stanowi tu tylko krew zawarta w śledzionie, do której tlenek węgla dostaje się z dużem opóźnieniem. Dalej okazało się, że szczury zawierające pewien procent COHb w krwi szybko się pozbywają szkodliwego gazu tak, że z krwi znika on szybko. Wyjątkiem jest tu znowóż krew śledziony, w której CO długo pozostaje związany.

Jak się potem okazało z doświadczeń Hanak'a i Harkawy'ego (3) u zwierząt, które żwawo się poruszają CO znacznie prędzej przedostaje się do śledziony niż u zwierząt zachowujących się spokojnie. Z doświadczeń tych wnosić można, że śledziona jest zbiornikiem dla krwi i to zbiornikiem oddzielonym od krwi krążącej. Zbiornik ten wyłączony jest u zwierząt pozostających w spokoju, a włączany jest do ogólnego krążenia przy ruchu.

Barcroft zajął się teraz oznaczaniem ilości krwi, jaka znajduje się w śledzionie. U zwierząt zabitych waga śledziony ma się do wagi krwi w ustroju jak 1:12 lub 1:18, podług badań tego autora na szczurach. Jest więc ona bardzo mała. Autor wyraził przypuszczenie, że u organizmów żywych śledziona musi być znacznie większa. Chodziło więc o zbadanie wielkości śledziony u zwierzęcia żyjącego. Posłużyły do tego trzy metody:

1. Poddawano zwierzę (psa) wstępnej laparatomji, w czasie której przyczepiano do brzegów śledziony w kilku miejscach klamry skórne Michela. Po pewnym czasie można było za pomocą Rentgena oglądać obrysy śledziony zarysowane przez klamry. Obrysy te jednakże ze zrozumiałych powodów nie mogły być pełnemi i dokładnemi.

2. Podług metody Carletona wszywano i wgajano w okolicę śledziony okienka celluloidowe, co w pewnym stopniu umożliwiało bezpośrednie oglądanie śledziony u żywego zwierzęcia.

3. Za pomocą odpowiedniej operacji wyjmowano śledzionę z jamy brzusznej i przytwierdzano do powierzchni ciała tak, aby nie naruszyć w niej krążenia. Śledzionę taką przykrywano grubą warstwą wazeliny i w ten sposób przy odpowiednim opatrunku można było ją przez jakiś czas oglądać.

Okazało się wtenczas, że śledziona za życia istotnie znacznie jest większa niż po śmierci. Dał się wówczas też stwierdzić ważny fakt, że organ ten w normalnych warunkach stale zmienia swą objętość.

Z dalszych badań okazało się, że krew śledziony zawiera więcej Hb i ciałek czerwonych niż krew krążąca. Po wykonaniu odpowiednich obliczeń Barcroft przychodzi do przekonania, że w śledzionie zmieścić się może 10% Hb zawartej w całym ustroju. Stąd wniosek, że śledziona może w znacznym stopniu wpłynąć na ilość Hb w krwi.

W ścisłym związku z temi doświadczeniami pozostają badania Hargis'a i Mann'a (4), którzy zapisywali zmiany wielkości śledziony za pomocą odpowiednio sporządzonego pletysmografu, i podług których wielkość śledziony ulega nieustannym zmianom i zależy od wielu czynników, m. i. od najedzenia, głodu, ruchu, krwotoku, a także od wrażeń psychicznych, jak strach lub ból. Doświadczenia te wykonano na psach.

Nad temi samemi zjawiskami pracują od paru ostatnich lat Scheunert i Krzywanek (5). Oznaczali oni liczbę ciałek czerwonych krwi i stosunek objętościowy ciałek czerwonych do osocza u koni w spoczynku i w czasie wykonywania pracy fizycznej. Okazało się, że w czasie pracy liczba ciałek czerwonych i ilość Hb znacznie we krwi wzrastają. Wzrost ten można stwierdzić nie tylko przy pracy, lecz również przy podnieceniu psychicznem n. p. przy strachu. Tak n. p. u konia, znajdującego się w stajni i przestraszonego wystrzałem można stwierdzić szybki wzrost liczby ciałek czerwonych trwający zaledwie kilka minut.

Autorzy ci wyrazili przypuszczenie, że liczba ciałek czerwonych i ilość Hb w ustroju wzrasta wtedy, gdy szybkość procesów oksydacyjnych się wzmaga. Aby potwierdzić to przypuszczenie wprowadzali koniom wśródżylnie cukier gronowy, poczem następuje wzmożenie procesów oksydacyjnych. Okazało się zgodnie z przypuszczeniem, że i ilość Hb i ciałek czerwonych wzrasta również, po wśródżylnem wstrzyknięciu cukru.

Jeśli przyjąć, że śledziona gra tu odnośną rolę, to porównując te doświadczenia z dopiero co wspomnianemi wynikami Hargis'a i Mann'a, można stwierdzić, że w tych stanach, w których podług tych autorów następuje skurcz śledziony, Scheunert i Krzywanek znajdywali wzrost liczby ciałek czerwonych. Ci ostatni w swych pracach podają szczegół zwracający uwagę: wraz ze wzrostem liczby ciałek czerwonych i Hb wzrasta również liczba ciałek białych oraz ciał białkowych w krwi. Mimo to, autorzy ci są zdania, że zagęszczanie krwi nie ma tu miejsca.

W dalszym ciągu Scheunert i Krzywanek prowadzili swe doświadczenia na psach. Psy, jako zwierzęta ruchliwe trudno dają się utrzymać w spokoju zupełnym, w bezruchu. Aby pozbawić je wszelkiego ruchu mięśniowego zastosowano uśpienie chloralem. Skonstantowano wówczas, że w uśpieniu, a więc w spokoju, liczba ciałek czerwonych jest bardzo mała, że wzrasta ona znacznie po powrocie do przytomności a zwłaszcza przy ruchu. Tak n. p. w jednem z doświadczeń w czasie uśpienia znaleziono 4.32 miljonów ciałek w milimetrze sześciennym, w czasie ruchu zaś 6.06 miljonów. Dawki chloralu, mówiąc nawiasem, były tak wielkie, że z 7-miu psów, które użyto do doświadczeń, 3 tylko pozostały przy życiu.

Też same doświadczenia prowadzono również na psach pozbawionych śledziony. U koni zabieg ten nie łatwo daje się wykonać, jak się to na wstępie doświadczeń okazało i dlatego przystąpiono do doświadczeń na psach. Zwierzęta te znoszą wyśmienicie ten zabieg. Okazało się, że u psów po wycięciu śledziony niema wcale wahań liczby ciałek czerwonych, ani w tym względzie żadnych zmian. I nie tylko to, psy takie obserwowane przez rok cały nie wykazują wcale powrotu zdolności utraconych wskutek wycięcia śledziony. Trzeba więc przyjąć, że śledziona jest tym organem, który powoduje zmiany ciałek czerwonych i ilości Hb w krwi, a także trzeba myśleć o tem, że śledziona jest jedynym przeznaczonym do tego organem, skoro po jej wycięciu zmiany te znikają i to bezpowrotnie.

Krzywanek i Arnold (6) próbowali również doświadczeń na ludziach (oczywiście pomijając doświadczenia po wycięciu śledziony) i mieli możność stwierdzić, że liczba ciałek czerwonych i Hb zachowują się w krwi człowieka zupełnie tak samo, jak u koni i psów.

Wszystkie dotychczas wymienione badania zgodnie świadczą o tem, że śledziona jest zbiornikiem dla krwi, w którym ta ostatnia znajduje się niejako w zgęszczonej postaci, zawiera bowiem więcej Hb i ciałek czerwonych niż krew krążąca. W chwilach, gdy procesy oksydacyjne wzmagają się, następuje wydalenie częściowo lub całkowicie Hb zawartej w śledzionie, co wraz ze wzmożeniem wentylacji płuc, może wielokrotnie zwiększyć dopływ tlenu do spragnionych tego gazu organów.

Odnośne doświadczenia wykazują, że na to aby ta regulacja miała miejsce, organizmowi potrzebna jest nietylko śledziona, lecz i układ nerwowy i to zwłaszcza część współczulna układu mimowolnego.

Po oświadczeniu tego wszystkiego nie można pominąć milczeniem niektórych wątpliwości, nasuwających się przy czytaniu prac wyżej wymienionych autorów oraz głosów w literaturze jeszcze bardziej podkreślających te wątpliwości.

Na pierwszem miejscu postawić tu wypada nieproporcjonalnie wielkie zmiany w ilości Hb w stosunku do wielkości śledziony oraz tej ilości krwi, jaka się w tejże pomieścić może. Czuć tą wątpliwość nieomal w każdej pracy nad tą kwestją. Tem też można wytłómaczyć, że prawie wszyscy autorzy zajmujący się tem, badają wielkość śledziony i ilość krwi w niej zawartą. Jednak mimo tego, że autorzy ci starają się znaleść jaknajwiększe liczby dla tych wielkości, to jednak i tak są one jeszcze za małe. I tak, nawet jeśli przyjąć dane Barcrofta, że 10% Hb ustroju może zmieścić się w śledzionie, zmiany ilości Hb w krwi dochodzące do 50% nie dadzą się tem wytłómaczyć.

Również metody pozwalające badać zmienność wielkości śledziony są bardzo niedostateczne, o czem świadczy dowodnie to, że n. p. Barcroft stosuje aż trzy metody, widocznie, aby niepewne wyniki jednej poprzeć niepewnemi wynikami drugiej, czy trzeciej. Trudno tu szerzej rozwodzić się nad tą stroną badań śledziony. Niech więc wystarczy oświadczenie, że pierwsza z metod oczywiście przynieść może minimalne korzyści. druga daje niepewne wyniki z powodu zrostów jakie się około śledziony łatwo wytwarzają i z powodu tego, że narząd ten często przynajmniej w części przykryty jest przez inne sąsiadujące narządy, co zaś do trzeciej z metod, to nie może ona dać pewnych wyników z tego powodu, że położenie śledziony dalece odbiega od normy oraz, że zanika ona wkrótce, jedynie bliznę po sobie pozostawiając.

Wymienić tu też należy okoliczność, na którą i poprzednio zwracaliśmy uwagę, mianowicie na to, że wraz ze wzrostem ilości Hb i ciałek czerwonych mamy wzrost liczby ciałek białych oraz ilości ciał białkowych w krwi. Szczególna rzecz! Oczywiście zachodzi tu zagęszczanie się krwi. Jak z tem pogodzić dane odnoszące się do wielkości śledziony?

Na te kwestje pewne światło rzucają świeżo ogłoszone wyniki Abderhaldena i Roske'go (7). Abderhalden i dawniej zajmował się zmianami ilości Hb w krwi w zależności od przebywania na nizi-

nach oraz w górach. Wzrost liczby ciałek czerwonych i Hb w krwi w wyższych warstwach atmosfery przypisywał ten autor, z jednej strony zagęszczaniu się krwi wskutek utraty wody, z drugiej zaś wzmożonej pracy organów krwiotwórczych, a przedewszystkiem szpiku kostnego.

W pierwszych swych doświadczeniach Abderhalden i Roske powtórzyli eksperymenty Scheunerta i Krzywaneka. Potwierdzili oni rezultaty tych ostatnich co do wzrostu liczby ciałek czerwonych przy pracy fizycznej, ale stwierdzili znacznie mniejsze różnice. I tak, gdy Scheunert i Krzywanek podają, że liczba ciałek czerwonych w spokoju ma się do tejże przy pracy, jak 5.37:7.60, lub jak 6.23:8.30, to Abderhalden i Roske znaleźli tylko 5.84:6.38 lub 6.16:6.36. Jednocześnie ci ostatni znajdują ubytek wody w krwi zupełnie odpowiadający, wzrostowi ilości Hb, ciałek czerwonych oraz ciał białkowych.

U zwierzat (psów) pozostających bez pokarmu i bez wody krew ulega zagęszczeniu i równocześnie ilość Hb w krwi wzrasta. Gdy ilość wody w krwi zmaleje do pewnego stopnia, przy pracy fizycznej nie można skonstatować, ani zwiększenia ilości Hb, ani dalszego zmniejszenia ilości wody w krwi.

Po adrenalinie autorzy ci znajdywali wzrost ilości Hb i zmniejszenie ilości wody w krwi. Przy uśpieniu chloralowem i oni znajdują spadek liczby ciałek czerwonych, choć znacznie mniejszy od tegoż u Scheunerta i Krzywaneka. Za to przy uśpieniu eterowem przeciwnie, stwierdzają wzrost liczby ciałek czerwonych i Hb oraz zmniejszenie ilości wody. Jak stąd wynika nie uśpienie i stąd wypływający spoczynek mięśniowy i brak zapotrzebowania tlenu stanowią o zmianach w liczbie ciałek czerwonych. Chodzi tu raczej o zagęszczanie się krwi pod wpływem bardziej zawiłych czynników.

Jak się okazuje z dalszych doświadczeń, u psów po wycięciu śledziony zmian w zagęszczeniu się krwi nie można skonstatować ani przy ruchu czy spokoju, ani po adrenalinie, chloralu, czy eterze. A więc śledziona odgrywa tu ważną rolę. Ale jaką? Czyżby jakaś wydzielina dokrewna śledziony wraz z temi czynnikami zewnętrznemi wywoływała te zmiany? Chociaż wśródżylne wprowadzanie chloralu, lub adrenaliny wraz z sokiem wyciśniętym ze śledziony dało wynik ujemny, jednak nie można temu stanowczo zaprzeczyć.

Do powyższych danych dodać należy jeszcze, że podług Abderhaldena i Roskego ilość krwi, która może się pomieścić w śledzionie, wynosi tylko 5% ogólnej ilości krwi, w organiźmie. Tak więc podług wyników tych autorów śledziona, jako zbiornik krwi może odgrywać tylko bardzo nieznaczną rolę. Niewątpliwie wywiera ona swój wpływ na liczbę ciałek czerwonych i ilość Hb w krwi, ale tylko przez wpływ na ilość wody w krwi.

Znajdujemy się wobec dwóch różnorakich poglądów. Rozstrzygnięcie tego, który z nich jest słuszny, nie jest łatwe, gdyż zjawiska powyżej opisane są bardzo zawiłe, nawet jeśli przyjąć stosunkowo najprostsze wytłómaczenie, że śledziona istotnie odgrywa rolę zbiornika krwi.

Piśmiennictwo.

1) Ergebnisse d. Physiol. Jg. 25, 1926, 819. — 2) Scott and Barcroft: Biochem. journ. t. 18, 1924, 1. — 3) Journ. of physiol. t. 69, 1925, 121. — 4) Amer. journ. of physiol. t. 68, 1924, 116. — 5) a Pflüg. Arch. t. 212, 1926, 477. b. Tamże t. 213, 1926, 198. c. Tamże t. 215, 1927, 187. d. Tamże t. 217, 1927, 261.

Doc. Dr. Henryk HILAROWICZ, adjunkt kliniki i Mieczysław SZAJNA, asystent zakładu. Lwów.

Z badań doświadczalnych nad udoskonaleniem znieczulania rdzeniowego.

Z Zakładu Fizjologji (Dyrektor: Prof. Dr. A. Beck) i z Kliniki Chirurgicznej (Dyrektor: Prof. Dr: H: Schramm) U. J. K. we Lwowie:

Wrażenie wypadków śmiertelnych spowodowanych znieczulaniem rdzeniowem jest dla chorego straszne i niezapomniane, zwłaszcza, iż związek między przyczyną a skutkiem jest w tych razach tak niemiłosiernie dla otoczenia zrozumiały. Jakkolwiek nie można odmówić słuszności twierdzeniu, że i po uśpieniu istnieje nieraz ten związek n. p. postaci powikłań płucnych, a jest on tylko mniej przykry i uchwytny, to jednak dążność chirurgji do zniesienia niebezpieczeństw szczególnie znieczulania rdzeniowego wydaje się aż nadto uzasadnioną.

Na drodze tej jedni pozostali przy stowainie lub tropokainie, inni próbowali szczęścia z tutokainą, estrem kwasu mlekowego, lub też, jak Jonnescu przy swoich śmiałych znieczulaniach, starali się uniknąć niebezpieczeństw przez równoczesne wstrzykiwanie śródoponowe wielkich dawek kofeiny lub strychniny, reinjekcję płynu mózgo-rdzeniowego do krwiobiegu etc. Co do strony technicznej, to większość autorów doszła do przekonania, iż wszelkie dawniej stosowane sposoby pędzenia środka znieczulającego ku wyższym częściom rdzenia należy zarzucić jako nieobliczalne, a że już raczej wolno wstrzykiwać go odrazu na tej wysokości, na której ma zadziałać; tak powstało pojęcie właściwego znieczulania rdzeniowego wysokiego.

Praktycznie najważniejszem z niebezpieczeństw znieczulania rdzeniowego jest występujący nieraz znaczny spadek ciśnienia krwi i połączony z nim zapad oraz porażenie ośrodków oddechowych.

Przyczyny obniżenia parcia krwi przy znieczuleniu rdzeniowem nie są dotąd w zupełności wyjaśnione. I tak Klapp 1) przypuszczał tu działanie ogólne drogą resorbcji z opon do krwiobiegu — twierdzenie zresztą nieuzasadnione. Heineke i Läwen 2) zauważyli przynajmniej u zwierząt, podobnie jak i Camus 3) szybkie podnoszenie się środka znieczulającego ku ośrodkom w rdzeniu przedłużonym, a według Klosego i Vogta 4) dzieje się to nie w następstwie dyffuzji, lecz wskutek wąskości kanału i fal wywoływanych w płynie mózgo-rdzeniowym przez oddech i tętno. Natomiast Ziegner i Schiff 5) odnoszą obniżenie parcia krwi głównie do działania środka znieczulającego na gałązki nerwów trzewnych, o ile dostanie się on do części piersiowej.

Dla nas zdaje się nie ulegać wątpliwości, że o ile takie objawy jak półerekcja, rozszerzenie naczyń skórnych dolnej połowy ciała oraz mierne przekrwienie trzew brzusznych są spowodowane działaniem środka znieczulającego na rdzeń i nerwy trzewne, o tyle w przypadkach znacznego obniżenia parcia krwi połączonych z zapadem mamy zawsze do czynienia z działaniem na ośrodki naczynio-ruchowe; przemawia za tem fakt, że przy znieczuleniu nerwów trzewnych sposobem Roussieda, przy którem niezawodnie blokujemy nerwy trzewne, wśród setek przypadków nie widujemy w naszym materjale klinicznym tak groźnego spadku parcia krwi, jakie zdarza się przy znieczulaniu rdzeniowem.

Punktem zaczepnym naszego przeciwdziałania muszą więc być ośrodki w rdzeniu przedłużonym.

W poszukiwaniu za ośrodkiem zapobiegawczym przeciwko powikłaniom znieczulania rdzeniowego zainteresowaliśmy się sprawą pewnych dodatków mineralnych do środków znieczulających, w szczególności nowokainy. Z dodatków takich jak wiadomo dwuwęglan sodowy, polecany zwłaszcza przez Läwena i Grosa 6) nie znalazł szerszego zastosowania. Natomiast połączenie nowokainy z siarczanem potasu i chlorkiem sodu według Kochmana i Hofmana 7) weszło powszechnie w użycie i było polecane przez niektórych dla znieczulania rdzeniowego.

Pomysł Kochmanna i Hofmana łączenia nowokainy z solą potasu jest sam przez się nader szczęśliwy, gdyż jony potasu odznaczają się wielką wnikliwością do wnętrza komórek, zwłaszcza nerwowych, które przy odpowiednich stężeniach szybko porażają, przyczem, jak wykazał jeden z nas (Szajna 8) w doświadczeniach na pierwotniakach, kokaina względnie nowokaina działają rozluźniająco na błonę komórkową, umożliwiając silniejsze wnikanie potasu, co wzmaga znacznie sumaryczne działanie znieczulające.

Zastosowanie jednak siarczanu potasu w kombinacji z nowokainą i chlorkiem sodu ma dwa braki:

1) Przedewszystkiem nie wszystkie sole potasu wnikają jednakowo szybko do wnętrza komórki: siarczan potasu nie należy do elektrolitów łatwo dyssocjujących — wskutek czego wnikliwość jego nie jest wielka; o wiele lepiej nadaje się do omawianych celów chlorek potasu, dyssocjujący bardzo łatwo, dzięki czemu posiada on obok azotanu potasu najwybitniejszą własność wnikania do komórek.

2) Połączenie soli potasu z solą sodową i nowokainą powszechnie używane nie jest stosowne ze względu na wybitnie antagonistyczne działanie tych jonów, wskutek czego działanie potasu musi zostać osłabione.

Zgodnie z tem Gehse 9) nie mógł wykazać przynajmniej na rogówce królika żadnego działania siarczanu potasu w kierunku wzmocnienia siły znieczulającej kokainy lub nowokainy. Natomiast Kavabata 10) uzyskał wybitne jej wzmożenie stosując czysty chlorek potasu, a zgodne wyniki otrzymali poprzednio Kędzierski i Szajna 11) w doświadczeniach na skórze u psów oraz w przypadkach laryngologicznych. Również próby znieczulania przewodowego wielkich pni lub splotów nerwowych przedsięwzięte na klinice chirurgicznej lwowskiej wypadły korzystnie dla chlorku potasu.

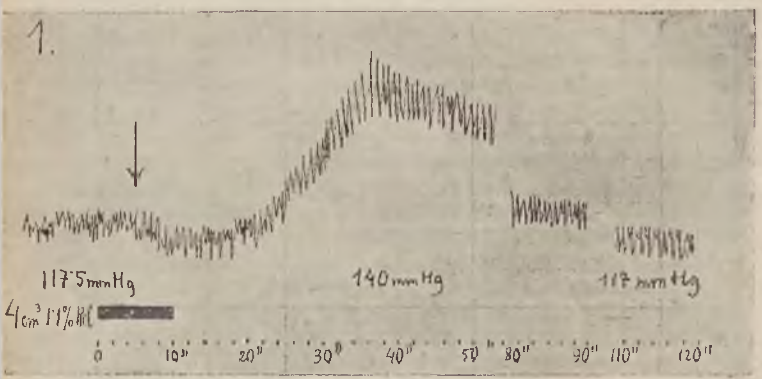
Wyniki te skłoniły nas do zastosowania chlorku potasu przy znieczuleniu rdzeniowem jako dodatku do nowokainy przyczem

warunki bezpośredniego stykania się tej mieszaniny z nieosłoniętą tkanką nerwową wydały się nam szczególnie korzystnemi.

Podając chlorek potasu podoponowo mieliśmy przedewszystkiem na uwadze bezpośredni wpływ jego na ośrodki naczynioworuchowe i oddechowe. Kwestja ta jest prawie zupełnie nieznana; jedynie Astolfoni 12) podaje, iż sole potasu w stężeniach niższych do 1% działają na rdzeń i nerwy obwodowe drażniąco, w wyższych szybko porażająco.

W doświadczeniach naszych, które tu krótko jedynie możemy streścić, wstrzykiwaliśmy psom chlorek potasu w roztworze odpowiadającym fizjologicznemu roczczynowi chlorku sodu (1.1% KCl) do worka oponowego po odsłonięciu tegoż przez wycięcie łuków kręgowych lub przez odsłoniętą uprzednio błonę pomiędzy potylicą a dźwigaczem; parcie krwi zapisywaliśmy przy pomocy kimografjonu Ludwiga połączonego z tętnicą szyjną, oddech za pośrednictwem bębenka Marey'a połączonego z tchawicą. Psy znajdowały się w początkowych doświadczeniach w uśpieniu eterowo-chloroformowem, w dalszych przeszliśmy do snu weronalowego*) który nadaje się o wiele lepiej do tego rodzaju doświadczeń.

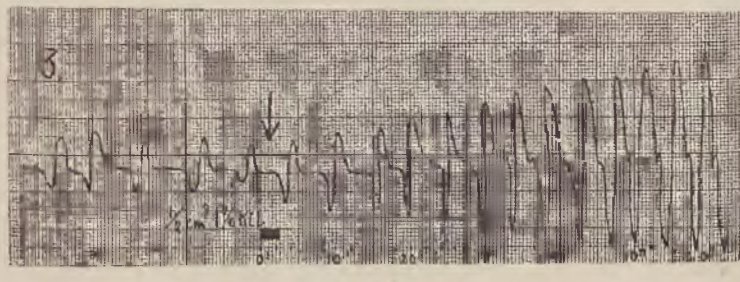
W pierwszej serji doświadczeń, w których wstrzykiwaliśmy chlorek potasu na wysokości 7-go kręgu lędźwiowego, występował znaczny wzrost średniego parcia krwi przy zwiększeniu amplitudy tętna i zwolnieniu tegoż. (Krzywa Nr. 1).



Tablica 1. Wpływ wstrzyknięcia podoponowego chlorku potasu (na wysokości VII kr. lędźwiowego) na ciśnienie krwi.

W dalszych doświadczeniach podczas których stosowaliśmy już wyłącznie uśpienie weronalowe, wstrzykiwaliśmy chlorek potasu wprost pomiędzypotylicą a dźwigaczem po odsłonięciu opony twardej; po wstrzyknięciach takich występował stale wzrost parcia krwi o wiele wybitniejszy i rychlejszy jak w doświadczeniach pierwszego rodzaju; utrzymywał się on również przez czas dłuższy. Równocześnie zjawiały się bardzo charakterystyczne fale tętna o wielkiej amplitudzie zupełnie podobne do fal występujących przy drażnieniu nerwu błędnego, w tym samym czasie oddech stawał się głębszy i szybszy. (Krzywa Nr. 2 i 3).

błędnych nie występowały zupełnie, względnie znikały natychmiast głębokie amplitudy tętna, przyczem ciśnienie krwi zachowywało się jak przy zachowanych nerwach błędnych. Doświadczenia te są zgodne z wynikami uzyskanemi przez Heringa 13) który przez długotrwałe wlewanie dożylne małych dawek chlorku potasu uzyskał ujemne chronotropowe i inotropowe działanie na serce, czego po przecięciu nerwów błędnych nie mógł wywołać. Udowodnił tem wpływ jonów potasu na ośrodki nerwu błędnego. Działanie bezpośrednie na serce, jak to przypuszczał Braun 14), używając wielkich ilości chlorku potasu śródżylnie, w naszych próbach jest wykluczone ze względu na małą dawkę, która podana w kontrolnych doświadczeniach dożylnie nie wpływała ani na krążenie, ani na oddechanie.



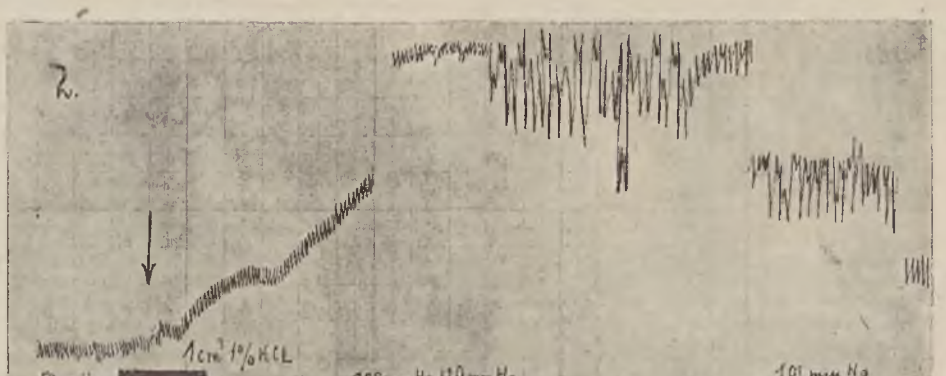
Tablica 3 Wpływ wstrzyknięcia podoponowego chlorku potasu (na wysokości I kr. szyjnego) na oddechanie.

Ponieważ można było przypuścić, że sam wzrost ciśnienia śródoponowego wywołany wstrzyknięciem rozczynu chlorku potasu może niezależnie od jakości płynu powodować podrażnienie ośrodków, wykonaliśmy w dalszym ciągu jeszcze innego rodzaju doświadczenia.

W jednych wstrzykiwaliśmy podoponowo w tem samem miejscu płyn Ringera, co mimo wstrzyknięcia o wiele większej objętości płynu (do 10 cm³) pozostawało bez wpływu na ciśnienie krwi i oddechanie.

U innych zwierząt, chcąc uniknąć działania mechanicznego, odsłanialiśmy po przecięciu błony między potylicą a dźwigaczem i opony twardej rdzeń przedłużony i kapaliśmy nań z pipetki roztwór chlorku potasu bezpośrednio, lub też wprowadzaliśmy go przy pomocy tępej, lekko zagiętej kaniulki, po wytrepanowaniu częściowym czaszki i uniesieniu ostrożnem móżdżku wprost na dno komory czwartej. W doświadczeniach tych uzyskiliśmy efekt identyczny z wyżej opisanym, tj. podniesienie ciśnienia krwi, fale jak przy drażnieniu nerwów błędnych, pogłębienie i przyspieszenie oddechania.

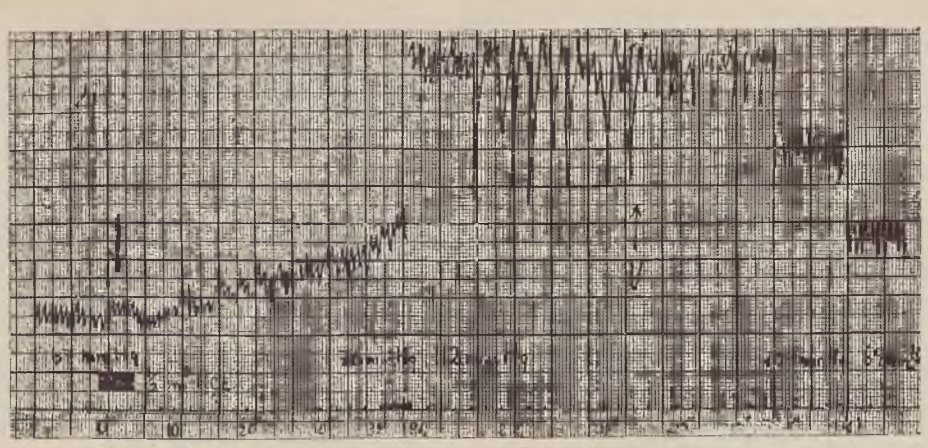
Opisane wyżej krótko doświadczenia wykazują niewątpliwie bezpośredni wpływ podrażniający chlorku potasu na ośrodki i drogi naczynioruchowe oraz ośrodki oddechowe w rdzeniu przedłużonym. Wyniki te są analogiczne do bardzo ciekawych spostrzeżeń Demole'a 15) który uzyskał, wstrzykując KCl w części mózgu położone w pobliżu ośrodków wegetatywnych, podrażnienie całego szeregu ośrodków nerwowych, a też i wzmożenie ciśnienia krwi. Wykazane również działanie KCl na ośrodki nerwów błędnych rozwija teorję czynności układu wegetatywnego, według której działanie nerwu błędnego ma polegać na zmianach koncentracji potasu komórkowego. Doświadczenia Demole'a i nasze pozwalają na przyjęcie hipotezy, że jony potasu działają na centralne ośrodki wegetatywne, powodując wysyłanie odpo-



Tablica 2. Wpływ wstrzyknięcia podoponowego chlorku potasu (na wysokości I kr. szyjnego) na ciśnienie krwi.

Celem wyjaśnienia pochodzenia wyżej wymienionych fal w dalszych doświadczeniach przecinaliśmy oba nerwy błędne bądź przed wstrzyknięciem chlorku potasu bądź też w czasie działania tegoż. Jak widać na krzywych Nr. 4 i 5 po przecięciu nerwów

*) Weronal-natrium, wstrzykiwano wśródotrzewnowo w ilości 0.3 na 1 kg wagi.

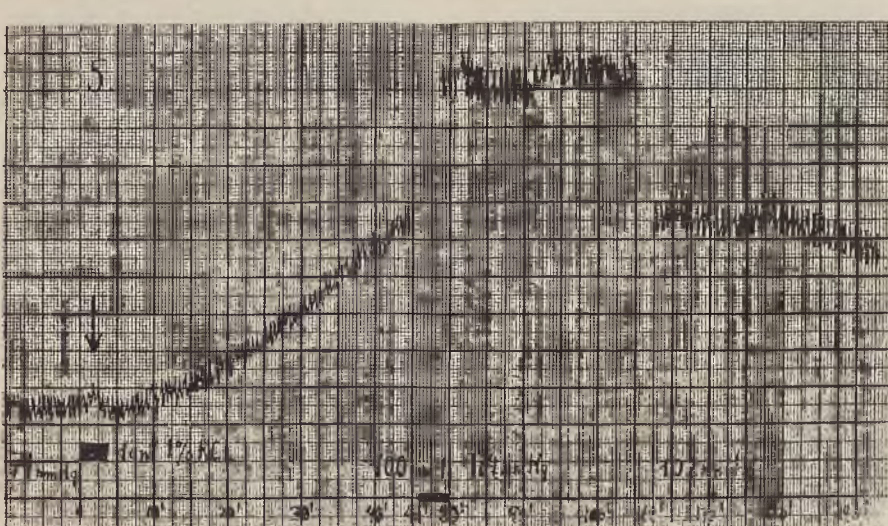


Tablica 4. Wpływ wstrzyknięcia podoponowego chlorku potasu (na wysokości I kr. szyjnego) z następowem przecięciem nerwów błędnych (przy V) na ciśnienie krwi.

wiednich bodźców do całego ustroju; najprawdopodobniej te pobudzające własności jonów potasu pozostają w związku z ich własnością promieniotwórczą, a kwestja ta będzie przedmiotem jeszcze dalszych badań.

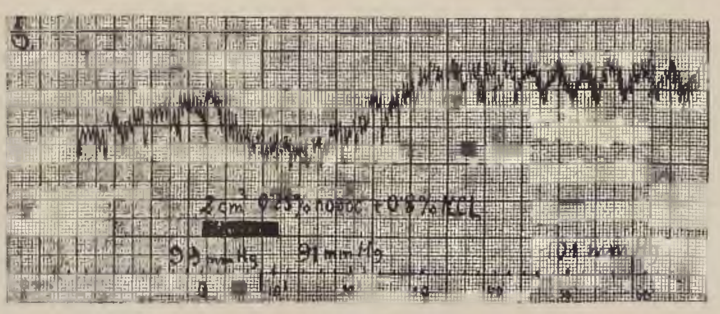
Wykazane skutki podawania chlorku potasu podoponowo a mianowicie szczególnie wzrost ciśnienia krwi oraz korzystny wpływ na oddechanie wydały się nam bardzo cennemi w zastosowaniu do znieczulania rdzeniowego, zwłaszcza wobec znanego już nam skądinąd wpływu chlorku potasu na wzmożenie siły zniewyższa chlorek potasu pod względem siły bezpośredniego działania na ośrodek oddechowy.

W następnych doświadczeniach wstrzykiwaliśmy psom uśpionym jak wyżej, 0.25%-wy roztwór nowokainy z dodatkiem 0.8% chlorku potasu podoponowo w ilości 2 cm³ na wysokości 7-go kr. lędźwiowego, po odsłonięciu opony twardej, okazało się, że nowokaina w łączności z chlorkiem potasu nie wywołuje u psa żadnego prawie spadku ciśnienia krwi. który jak wiadomo po wstrzyknięciu samej nowokainy bywa znaczny. (Krzywa Nr. 6).



Tablica 5. Wpływ wstrzyknięcia podoponowego chlorku potasu (na wysokości I kr. szyjnego) na ciśnienie krwi po uprzedniem przecięciem nerwów błędnych.

czulającej nowokainy; kombinacja więc chlorku potasu z tą ostatnią wydała się nam ze względów teoretycznych podwójnie korzystną. Na tem miejscu musimy zaznaczyć, że wpływ chlorku potasu podanego podoponowo na czynność oddechową jest, jak to wykazały nasze, będące jeszcze w toku doświadczenia, znacznie silniejszy od odnośnego działania koffeiny, lobeliny i atropiny podanych w tych samych dawkach i warunkach; jedynie strychnina prze-



Tablica 6. Wpływ wstrzyknięcia podoponowego (na wysokości VII kręgu lędźwiowego) nowokainy z chlorkiem potasu na ciśnienie krwi.

Przed przystąpieniem do zastosowania chlorku potasu przy znieczulaniu rdzeniowem u ludzi wykonaliśmy jeszcze próby na psach zupełnie nie uśpionych, wstrzykując śródoponowo na wysokości 7-go kręgu szyjnego, co daje się przy pewnej wprawie dosyć łatwo uskutecznić, bądź sam chlorek potasu w rozczynie 1.1%-wym, bądź też w kombinacji z nowokainą. Po wstrzyknięciu samego KCl wystąpiło porażenie ruchowe centralne, połączone z napięciem mięśni i charakterystycznym ustawieniem kończyn przednich i tylnych jakoteż pyska, utrata głosu przy zachowanej jak się zdaje przytomności, a nadto znaczne przyśpieszenie oddechania. Jakkolwiek łapy i skóra moszen oraz brzucha były zupełnie znieczulone, laparotomja próbna natrafiała na trudności z powodu napięcia powłok i nasilonych oddechów. Po wstrzyknięciu 1.1%-go chlorku potasu i 0.5% nowokainy w ilości 1.5 do 2.5 cm³ wystąpiło silne i znacznie dłużej trwające porażenie motoryczne i czuciowe całego ciała. Dokładne oznaczenie jednak stopnia znieczulenia i odpowiedniej dawki jest u psów nieuśpionych bardzo utrudnione, gdyż reagują one z powodu strachu piskiem już na sam widok lub dotknięcie igły.

Wreszcie o nieszkodliwości zupełnej chlorku potasu zastosowanego w używanych przez nas stężeniach świadczy też fakt, że zwierzęta po wstrzykiwaniach, o ile tylko zachowaną była aseptyka, wracały rychło do stanu prawidłowego i mogły być

wielokrotnie do doświadczeń używane. Również i Astolfoni nie stwierdził zmian histologicznych w tkance nerwowej pod wpływem chlorku potasu.

Próby nasze zastosowania chlorku potasu jako dodatku do nowokainy przy znieczulaniu rdzeniowem u ludzi są dopiero w początkach a dotychczas rozporządzamy materjałem 48-miu przypadków. Z początku używaliśmy nowokainy 1-procentowej z dodatkiem 0.8, względnie jak u zwierząt 1.1% chlorku potasu, w ilości 5.5 — 6 cm^3, wstrzykniętych bez upustu płynu mózgo-rdzeniowego między kręgami lędźwiowemi 2 a 3, 1 a 2 lub 1 a 12-piersiowym. W razach tych przy dawce nowokainy stosunkowo małej (0.055—0.06), która jak wiadomo sama do znieczulenia rdzeniowego nie wystarcza, uzyskaliśmy bardzo dobre i zupełne znieczulenie dotyczące, zależnie od wysokości injekcji, kończyn dolnych i okolicy pachwinowej, brzucha aż po pępek, względnie po wyrostek mieczykowaty; w znieczuleniu tem wykonano między innemi także zabiegi jak wycięcie połowy miednicy wraz z stawem biodrowym, nastawianie krwawe zwichnięć stawu biodrowego, wycięcie żołądka. Przy operacjach usunięcia wyrostka robaczkowego jakkolwiek powłoki były znieczulone zupełnie, w niektórych razach znieczulenie trzewi było niewystarczające. W czasie powyższych znieczuleń mierzyliśmy zachowanie się ciśnienia krwi zapomocą sfigmomanometru Recklinghausena; prawie we wszystkich przypadkach spostrzegaliśmy wzrost ciśnienia o 10—25 mm Hg, w krótkim czasie po dokonanem znieczuleniu; w chwili otwarcia jamy brzusznej występował niewielki spadek ciśnienia, które jednak po chwili wracało na dawny wyższy poziom. Nie zauważyliśmy również w żadnym przypadku zaburzeń oddechowych ani też objawów, któreby mogły odpowiadać działaniu na nerwy błędne, stwierdzonemu jak wyżej opisano doświadczalnie; działanie to występowało zresztą i w doświadczeniach jedynie po wstrzyknięciu chlorku potasu w bliskości rdzenia przedłużonego a nie zjawiało się po zastrzykach w okolice niższej części rdzenia.

Z innych kombinacyj stężeń próbowaliśmy również 3%-ej nowokainy z dodatkiem 3% KCl w ilości 2 cm^3, jakoteż takiegoż 4%-go płynu w ilości 1½—2 cm^3, przy stosowaniu płynów o większem stężeniu mieliśmy na uwadze fakt niejednokrotnie na naszej klinice spostrzegany, a mianowicie że dana ilość nowokainy w roztworze słabszym a objętości większej, np. 8 cm^3 1%-go roztworu (0.08), o wiele częściej wywołuje większe zaburzenia jak ta sama ilość w roztworze więcej stężonym a mniejszej objętości np. 4 cm^3 2%-go płynu; z faktem tym, pozornie paradoksalnym zgodne są jednak przepisy licznych autorów, którzy polecają do znieczulania rdzeniowego wysokoprocentowe płyny o małej objętości. Przy użyciu tych silniej stężonych kombinacyj również nie spostrzegaliśmy żadnych zaburzeń przyczem znieczulenie było bardzo wydatne. W ostatnich czasach stosowaliśmy najczęściej płyn zawierający 2% nowokainy i 1.1% KCl w ilości 3.5 do 4 cm^3, sporządzony dla nas przez Zakłady Spiessa w Warszawie w ampułkach jałowo; forma taka jest bardzo wygodna, ampułki jednak muszą być świeże, gdyż siła znieczulająca zrazu bardzo znaczna maleje po pewnym czasie. Dodatek 1—2 kropli adrenaliny 1 : 1000 uważamy wbrew opinji niektórych autorów za nieszkodliwy, a korzystny dla wydajności znieczulenia.

Próby powyższe są dopiero w początkach a wypośrodkowanie najlepszej mieszaniny KCl i nowokainy oraz dawki wymaga wiele materjału chorych; w każdym razie na podstawie wyżej opisanych doświadczeń i dotychczasowych wyników u ludzi możemy chlorek potasu określić jako bardzo korzystny dodatek do nowokainy w zastosowaniu do znieczulania rdzeniowego, który może się przyczynić w znacznym stopniu do zmniejszenia głównych jego niebezpieczeństw, a dla zwolenników t. zw. znieczulania rdzeniowego wysokiego może mieć szczególne znaczenie.

Piśmiennictwo.

1) Klapp: Arch. f. Kl. chir. 1905, 75. — 2) Heineke i Läwen: D. Z. f. chir. 1905 i Arch. f. Kl. chir. 1906, 81. — 3) Camus: Paris medical 12, 1922 — 4) Klose i Vogt: Grenzgeb. d. Med. u. chir. 1909. — 5) Schilf i Biegner: Arch. f. Kl. chir. 130. — 6) Läwen i Gros: Mün. Med. Woch. 1910, 39. — 7) Kochmann i Hoffmann: Bruns B. z Kl. Chir. 1914, 91. — 8) Szajna: Polska Gazet Lekarska 1927. Nr. 42. — 9) Gehse: Deutsche med. woch. Jg. 50, 7. — 10) Kavabata: Folia pharmacologica Japonica Bd. 4. 1927 i Bd. 3 1926. — 11) Kędzierski i Szajna: Polska Gazeta Lekarska 1928, 23—24. — 12) Astolfoni: Erg. der exp. Toxicologie 12, 15—18, 1912. — 13) Hering: Pfl. Archiv. f. d. g. Phys. 161, 1915. — 14) Braun: Pflügrs Archiv. f. d. ges. Phys. 103, 1904. — 15) Demole: Arch. f. Path. u. Therap. 53, 1905.

Dr. B. GRUENZWEIG. Mor. Ostrawa.

Zaburzenia układu wegetatywnego a proteinoterapja.

I.

Zdawałoby się na pozór, że proteinoterapja (pr.) której ludzkość zawdzięcza tyle wyleczeń, uzyskała obywatelstwo w lecznictwie i w nauce. Daremnie jednak nazywa ją R. Schmidt 1) „naukowo udowodnioną metodą", bo otóż coraz więcej głosów przeciwko niej się podnosi i to niemal równocześnie: I tak Matthes 2), Haffner 3), Hirschfeld 4) robią liczne co do niej zastrzeżenia jak n. p.: że nie rozumiemy jej momentów leczniczych, że nie potrafimy jej opanować, i że w swej istocie i działaniu nie jest należycie wyświetlona. Nonnenbruch 5) jeszcze surowiej odnosi się do niej, uważając leczenie ciałami białkowemi, za metodę nie ścisłą, gdyż działają wszechstronnie na mechanizm komórkowy, i wywołują zbyt zawiłe odczyny, które nie dają się ująć w system. a Matthes 2), porównując działanie zwykłych środków leczniczych z działaniem pr. twierdzi słusznie, że pierwsze jest bezpośrednie, drugie zaś pośrednie, że nie sam zabieg jako taki, ale zmiany wywołane przezeń w ustroju, które nazwać można zmianą nastawienia (Umstimmung) jest przyczyną zjawisk spowodowanych stosowaniem pr. Ponieważ jednak te właśnie zjawiska kończą się w bardzo wielu przypadkach uzdrowieniem chorego, ponieważ metoda ta wykazuje cały szereg dodatnich wyników leczniczych, ani lekarz ani chory nie będą się krępowali brakiem teoretycznego uzasadnienia, owszem wybiorą tę metodę, skoro wiedzą, że doprowadzi ich do pożądanego celu.

Nawet Klewitz 6), mimo swego sceptycyzmu co do pr. podnosi dodatnie wyniki tej metody w przewlekłych schorzeniach stawów, w niektórych przypadkach dychawicy oskrzelowej, jakoteż szczególnie przy wrzedzie żołądka i dwunastnicy. Przy cukrzycy zdaniem jego jest zupełnie zbyteczna. Nonnenbruch 5) stanowczy przeciwnik proteinoterapji, zaznacza jednak: „zdaje się, iż proteiny wywierają swoiste działanie na układ wegetatywny, co też może tłumaczy całe ich działanie".

Ponieważ mniej więcej od roku zajmuję się tym przedmiotem, i jak się zdaje osiągnąłem dość dobre wyniki, stosując u chorych moich zastrzyki mleczne, zniewolony tem właśnie oświadczeniem Nonnenbrucha, podaję już teraz do wiadomości moje spostrzeżenia, chociaż zdaję sobie dobrze sprawę z tego, że doświadczenie moje jest zbyt szczupłe jeszcze. Dwa przypadki chorobowe były punktem wyjścia mych rozważań, a mianowicie:

U jednej 23-letniej krawczyni, która skarżyła się na częste bóle głowy, zimne ręce i nogi, brak apetytu, poty, szczególnie pod pachami i, u której objektywne badanie nic nie wykazało. prócz śladów anemji i błyszczących oczu — u tejże to chorej stosowałem nastrzyki arszeniku bez jakichkolwiek skutków, tak co do wagi i wyglądu, jakoteż co do podmiotowych objawów. Wobec tego przerwałem te wstrzykiwania a zastrzyknąłem jej 1 ccm preparatu mlecznego „Aolan"[1]) wśródmięśniowo. Po trzech takich wstrzyknięciach powróciłem do arszeniku. Skutek był widoczny, podmiotowe objawy znikły, chora przybyła w pierwszych tygodniach 2 kg, a w ciągu siedmiu miesięcy 10 kg. Widząc tę poprawę u mej chorej, przypomniałem sobie inny przypadek choroby z przed 5 laty, tyczący się panny dwudziestokilkoletniej, z rozszerzonym i opadniętym żołądkiem, (Roentgen nie wykazał wrzodu, punkt bolesny na ucisk poza żołądkiem). Chora ta mdlała kilkakrotnie w biurze z powodu nieznośnych bólów głowy i w dołku podsercowym. Pięć wstrzyknięć „Aolanu" (po 1 ccm) usunęło wszystkie chorobowe objawy.

W obu tych przypadkach była mała dawka mleka stosowana pozajelitowo, punktem zwrotnym w przebiegu choroby. Znikły bowiem nietylko uporczywe bóle, ale także i inne objawy, np. nieprzyjemne poty, o których chorzy rzadko kiedy samorzutnie wspominają.

Ten pozornie ujemny, nic nie wykazujący wynik badania przedmiotowego zawiera jednak w sobie cały szereg objawów, które razem wzięte, dają obraz chorobowy w układzie wegetatywnym. Już powyżej opisane dwa przypadki chorobowe, zawierały cały zespół objawów, które były przedmiotem studjów Rosenbacha, Nerdena, Buchholza itd. a przedewszystkiem Eppingera i Hessa. Nazywano ten zespół objawów „Neurosis n. vagi", „histeryczna nerwica n. błędnego", „przewlekła nerwica n. błędnego", „Vagotonia", „Sympatikotonia". Kurt Dresel 7) bardzo zasłużony badacz na tem polu, charakteryzuje pracę powyższych badaczy jako próbę uprzedmiotowienia nauki o nerwicach, czyli, że dążyli oni do wytłómaczenia objawów nerwowych narządów wewnętrznych

---

[1]) By uniknąć nieporozumień zaznaczyć muszę, że Aolan Beiersdorfa w opakowaniu à 1 ccm, który stale stosuję, zawiera niekiedy blizko 2 ccm treści.

przy histerji i neurastenji zmianami w systemie nerwowym. Wiadomem jest, że zapatrywanie Eppingera i Hessa spotkały się ze silnym sprzeciwem, ale ich teorja była niejako kamieniem węgielnym, punktem wyjścia dla całego szeregu badań, które znacznie rozświetliły dotychczas niewyjaśnione zagadnienia. Zwalczano wprawdzie ich teorję antagonistyczną między vagus i sympaticus, t. j. teorję równowagi, wprawdzie przeniesiono miejsce schorzenia do mózgu, do striatum, przyczem przypisywano wpływ wydzielinie wewnętrznej, działającej na ośrodek nerwowy (Dresel). Wprawdzie inni znowu twierdzili,że komórki Vagus i Sympaticus są ze sobą tak zmieszane, że nie można ich oddzielnie traktować, i jak np. Cimbal 8) zarzucają wprost Vagotonje, przyjmując istnienie Sympaticusparatonji, by zaznaczyć, że nie Vagus jest chory, tylko Sympaticus zużyty, czyto przez zmęczenie czyto przez endotoksyny. Dla nas lekarzy praktycznych cały ten spór teoretyczny niema w gruncie rzeczy większego znaczenia, natomiast faktem jest niezbitym, że przy zaburzeniach w układzie wegetatywnym notujemy cały zespół objawów, z któremi chorzy do nas się zwracają, na które się skarżą i które robią ich częstokroć niezdolnymi do pracy. Według obecnych poglądów naukowych możemy określić wegetatywną nerwicę jako zaburzenie napięcia, w zakresie układu wegetatywnego. Zaburzenie to objawia się w postaci czynnościowych zboczeń w organach końcowych, zawiadowanych właśnie przez te nerwy. Organami końcowemi są w danym przypadku aparat oddechowy, cały narząd krążenia, trawienia, wydzielania wewnętrznego, przemiany materji. We wszystkich tych więc narządach mogą wystąpić zaburzenia, które mają swe źródło nie w anatomicznych zmianach, ale w nadmiernej względnie nienormalnej wrażliwości tkanek. Tę zaś odnieść możemy do odpowiednich wegetatywnych neuronów.

S y m p t o m a t o l o g j a: Chyba żadna jednostka chorobowa niema tak obszernej symptomatologji jak właśnie zaburzenia układu wegetatywnego, bo niema prawie organu, któryby nie podlegał władzy tego układu. Paradoksalnie na pozór wygląda n. p. zestawienie symptomów ocznych, które podają autorzy, jak Fendel 9) lub Guillaume 10) i tak: Miosis, mydriasis, anisokoria, Argyll Robertson, objaw Loewiego, exophtalmus, łzawienie, suchość oczu, rozszerzone powieki, Graefe, Dalrymple, Stelwag, Moebius, strabismus intermittens, spazm i paraliż akomodacji, oraz bolesne napięcie w oczach.

Z tego jednego przykładu widzimy już, że symptomatologja zaburzeń układu wegetatywnego jest bardzo obszerna i dlatego ograniczę się do opisania tych tylko objawów, które posłużyć mogą w ocenie stanu moich chorych.

Rozmaite dolegliwości nieokreślonego charakteru, senzacje w sercu, w żołądku, w jelitach — oto główne skargi chorych. Zimne ręce i nogi, nadmierne poty — szczególnie pod pachami — podczas badania spływa pot formalnie — ręce wilgotne. Skóra rąk sino zabarwiona, zasinienie znika po ucisku, skóra blednie na czas dłuższy. Na skórze piersi i pleców a nawet i szyi czerwone plamy obok miejsc białych nadają skórze wygląd marmurkowy. Dermografja biała i czerwona.

Z objawów sercowych zauważyć możemy zwolnienie tętna, gdy nerw błędny jest zanadto pobudzony lub częstoskurcz gdy zaburzenie dotyczy całego systemu wegetatywnego szczególnie sympaticus. Bardzo często hypotonję, pulsus irregularis respiratorius, extrasystolie przy zdenerwowaniu, które znikają po atropinie nawet blok serca, nie czuły na naparstnicę. Według Eppingera i Hesa, polega vasomotoryczna postać dusznicy bolesnej na podrażnieniu parasympatycznego układu, gdyż podrażnienie n. vagus, powoduje skurcz w naczyniach wieńcowych, dlatego objawy dusznicy po pilokarpinie, rozszerzenie naczyń po adrenalinie. Uderzenie koniuszkowe wyraźne, dla oka widoczne, przyśpieszona czynność serca, przyczem tony są czyste, drugi ton nad płucną zaakcentowany. Według Fendela objawy związane ze sercem i naczyniami są następujące: bicie serca, częstoskurcz, rzadziej zwolnienie tętna, blade i zimne palce u rąk i nóg, ogólna bladość, elastyczne obrzmienie, rzadko Hyper i Hypotonia. Rozszerzenie serca.

Do tych objawów dodaje Guillaume nadto: tętno nieregularne, objawy dusznicy, bóle w okolicy serca, albo poza mostkiem, palpitacje, uderzenia krwi do głowy, nieuzasadnione senzacje gorąca lub zimna, ogólne lub ograniczone dreszcze, zaburzenia vaso-motoryczne z odpowiedniem zabarwieniem ciała, przemijające obrzęki i t. d.

Zaburzeniom w nerwie Vagus zawdzięczamy skurcz mięśni w oskrzelach, dychawica oskrzelowa, którą łagodzi jak wiadomo adrenalina i atropina. Z innych zaburzeń w czynności narządu oddechowego, widzimy zmiany w rytmie oddechowym. niemożność wydechu, lub głębokiego wdechu, tachypnoe, bradypnoe, dyspnoe, kaszel.

Narząd trawienia wykazuje zaburzenia w napięciu, w ruchach robaczkowych i w wydzielaniu, więc Oesophago-spasmus, Cardiospasmus, Pylorospasmus etc. odbijania, zgaga, podrażnienie do wymiotów, wymioty, ucisk w żołądku przed jedzeniem, uczucie pełności po jedzeniu, „jakby tam kamień leżał". Podrażnienie nerwu błędnego powoduje burzliwą perystaltykę i antyperystaltykę żołądka i co zatem idzie — wymioty, wreszcie nadmierne wydzielanie soku żołądkowego.

Co do jelita spotykamy tu zaparcie, dające się usunąć atropiną, stolec ma kształt bobków, które często pokryte są śluzem, stan przejściowy do enteritis mucomembranacea, u innych zaś występują biegunki po wzruszeniach.

Kolki w woreczku żółciowym, często mylnie jako kamienie żółciowe rozpoznawane, są czasami powodem operacji, przyczem chirurg nie znajduje wcale kamieni. Stokes 11), Frerichs 11) i inni opisywali stan ten jako nerwice wątroby, powstałe przez drażnienie czuciowych włókien plexus-hepaticus. Według Westphala 11) powstają takie napady bólu w woreczku żółciowym wskutek zaburzeń w układzie wegetatywnym i dlatego podaje w wagotonicznej postaci atropinę, w sympatokonicznej sól karlsbadzką, magnesium sulfur. i oliwę, aby podrażnić mięśnie w woreczku żółciowym.

Z zaburzeń w narządzie moczowo-płciowym zaznaczyć możemy oxalurję, fosfaturję, carbonurję. Glaser 12) podaje dlatego przeciw fosfaturji i calcarurji atropinę, by przeciwdziałać nadwrażliwości Vagus. Z innych zaburzeń występuje częste oddawanie moczu, zwiększone parcie na mocz, niemożność utrzymania moczu szczególnie w nocy itd. Zaburzenia w potencji, priapismus, częste errekcje, polucje, Spermatorrhea, u kobiet fluor-albus, zaburzenia w miesiączkowaniu, co do czasu, ilości, i czasu trwania i pruritus vulvae. Neugebauer 13) jest zdania, że i dysmenorrhea jest często spowodowana zaburzeniami w układzie wegetatywnym.

Zewnetrzne i wkrewne wydzielanie trzustki jest pod wpływem układu wegtatywnego. Z tych licznych objawów chorobowych, możemy u jednego zauważyć już to mniej lub więcej objawów, albo też może być tylko jeden organ uszkodzony, dlatego rozróżnia Dresel i inni *intenzywne parasympatyczne* zaburzenie wszystkich organów, albo pojedyńczych, czyli miejscowe. Dlatego stwierdzamy u jednego chorego, angina pectoris vasom. u innego migrenę, lub dychawicę oskrzelową, wreszcie u innych bóle w żołądku, w jelitach itd. Jako regułę zaznaczyć możemy fakt, że podczas napadu w jednym narządzie występują objawy zaburzeniowe i w innych narządach, chociaż niewyraźnie. Nadto, że u tego samego chorego może z biegiem lat choroba przenieść się z jednego narządu do drugiego. Dla nas lekarzy praktycznych najważniejsze jest umiejscowienie zaburzeń układu wegetatywnego w żołądku i w jelitach. Prowadzi ona nas bowiem do neurogenicznej teorji powstawania wrzodu żołądka i dwunastnicy, którą uznaje i Bergmann 13) przyjmując jak wiadomo u tych chorych „astenję w wegetatywnym układzie". „Neuroza przygotowuje teren dla wrzodu gdyż powoduje skurcze, te zaś nadżerki. Nawet chorzy, którzy się pozbyli wrzodu żołądka czy to przez operacje, czy przez leczenie konserwatywne są zawsze zdaniem jego „stygmatyzowani w układzie wegetatywnym". G. Singer 11) przyjmuje za przyczynę wrzodu żołądka zapalenie nerwu błędnego. Zdaniem Dresela, jest wrzód żołądka następstwem zmian konstytucjonalnych w układzie wegetatywnym, a nerwica n. błędnego, powoduje zwiekszona perystaltykę, supersekrecję, zwiększoną kwasotę, które zawsze przy wrzodzie znajdujemy. Jeżeli przeważa n. współczulny, żołądek jest rozszerzony, atoniczny, słyszymy pluskanie w żołądku, wydzielina jest zmniejszona, jakoteż wydzielanie kwasu solnego, jelita są atoniczne, brzuch wzdęty. By lepiej się zorjentować w tej tak wielkiej symptomatologji, przytoczę tu zestawienie podane przez W. Cimbala: Ramus meningeus tłómaczy nam bóle w szczycie głowy i tyłogłowiu, ramus auricularis zawroty głowy, r. pharingeus uczucie globus i skurczu gardła, r. laryngei chrypkę, r. cardiaci bicie serca i zmiany w ciśnieniu krwi, r. pulmonales zaburzenia w oddechaniu, r. gastrici wymioty i zaburzenia apetytu, r. hepatici żółtaczkę, r. coeliaci przelewanie w jelitach i zaburzenia w wydzielaniu nerek.

W ostatnich latach bardzo usilnie zajmowano się kwestją układu wegetatywnego, że wspomnę tylko Leschkego 15), który uważa konstytucjonalne otłuszczenie za zaburzenie w systemie wegetatywnym a Umber i Frank 15) widzą w tymże samym przyczynę cukrzycy szczególnie tej formy, która na insulinę jest niewrażliwa. Również Falta i Kraus 15) są zdania, że istnieje nerwowa cukrzyca, gdyż zmiany w trzustce w pewnych przypadkach wcale się wykazać nie dają; również i dna ma być według Richtera 15) i innych następstwem zaburzeń w układzie wegetatywnym. Suersen 15) i Lange wykazali u ludzi dotkniętych wypryskiem nadwrażliwość w wegetatywnym układzie. O Hypertonji później obszerniej mówić jeszcze będę.

II.

Wobec tego, że u dwu moich chorych, o których na wstępie wspominałem tak dobry osiągnąłem skutek, postanowiłem zastosować tę samą metodę i u innych chorych, którzy wykazywali ten lub ów objaw zaburzenia w układzie wegetatywnym. Z początku były to przedewszystkiem przypadki żołądkowe i jelitowe, potem zachęcony wynikiem odważyłem się stosować proteinoterapję przy nerwicy serca itd.

Liczba chorych, którzy się poddali tej metodzie, nie jest wielka — obejmuje 47 przypadków, z tego mężczyzn 16, kobiet 31. Czas obserwacji 1- 10 miesięcy. Ze względów praktycznych, dla łatwiejszej przejrzystości, podzielę materjał cały na grupy podług organów, w których najwięcej występowały zaburzenia, chociaż jak już powyżej wyłuszczyłem, bardzo często większa ilość organów dotknięta była schorzeniem.

I. Przypadki żołądkowe.

Wszyscy ci chorzy skarżyli się na ucisk w żołądku, nudności, często wymioty po jedzeniu, szczególnie po pieczystem. Wymioty były kwaśne a przedmiotowo stwierdzić można było pluskanie w żołądku który sięgał poniżej pępka, Roentgen zaś wykazywał żołądek hakowaty, zwiększoną wydzielinę, punkt uciskowy poza żołądkiem. Jako przykład przytoczę dwa przypadki chorobowe:

A. S. 2 lat nauczycielka gimnastyki w Sokole doznała urazu 13. VI. 1926 r. podczas ćwiczeń, a mianowicie przez nieostrożność uderzono ją w potylicę: omdlenie, chwilowa nieprzytomność. Z początku leczenie prywatne, potem kliniczne. Rozpoznanie: nerwica urazowa. W marcu 1927 bóle głowy zwłaszcza przy ruchach ku przodowi, uderzenie gorąca do głowy, jak gdyby tam coś pęknąć chciało, zawroty, ubytek na wadze 2 kg (waga 55 kg). Bóle w okolicy żołądka „jak gdyby kamień tam leżał". Bardzo często nudności, a w niedzielę regularnie wymioty po spożyciu pieczonego mięsa. Ręce i nogi zimne pocą się silnie, neuralgja nerwu occip. sin. pluskanie w żołądku, brzeg wątroby macalny, Roentgen ujemny, chora skarży się na zaburzenia w miesiączkowaniu. Wobec tego, że roborancja zastosowane były bez skutku, dostaje chora Aolan co trzeci dzień 1 g śródmięśniowo. Już podczas leczenia znikają nietylko bóle głowy, ale i naciągania na wymioty, jakoteż i ból w dołku podsercowym. Chora przybiera 1 kg a do lipca $3^1/_2$ kg.

Badanie kontrolne 30. XI. 1927 r. wykazuje wagę 60 kg, apetyt dobry, podmiotowo czuje się zupełnie dobrze, miesiączka bez bólu, regularna.

V. P. urzędnik, lat 32, chory od roku 1918, zgaga, ucisk w żołądku jakby tam kamień leżał. wzdęcia żołądka, w styczniu 1920 w szpitalu wojskowym we Lwowie trzy tygodnie leczony z powodu choroby żołądka, jelit i zaparcia stolca. Od r. 1921 do 1922 stale prawie leczony z powodu choroby żołądka, w r. 1923 rozpoznano u niego wrzód dwunastnicy, co miał i Roentgen potwierdzić. Wobec tego przyjęty do szpitala, gdzie badanie kliniczne, jakoteż Roentgen, badanie stolca itd. wypadają wszystkie ujemnie co do wrzodu, w r. 1924 na klinice w Bernie rozpoznają vagotonję (belladonna i papaveryna). Polepszenie krótkotrwałe, częste nawroty bólów a z końcem 1926 r. wymiotuje stale po każdem jedzeniu. W r. 1927 rozpoznano u niego Hernia epigastrica i nawet ją zoperowano, bóle jednak i wymioty w dalszym ciągu, wobec czego leczenie w sanatorjum lecz bez widocznego skutku; wymioty prawie po każdym jedzeniu. Sok żołądkowy badany kilkakrotnie wykazuje zawsze zwiększoną kwasotę, a badanie stolca stale ujemne co do krwi. 19. V. 1927 waga 64 kg, silne pocenie się pod pachami, ręce i nogi zimne, pocą się silnie przy wzruszeniu, pluskanie w żołądku, dermografja, odruchy wzmożone, ciśnienie 100, meteorismus. Wybitnie błyszczące oczy. Od 20. V. do 2. VI. pięć wstrzyknięć Aolanu i jedna tabletka Atropaveryny dziennie do śniadania. 10. VI. waga 67 kg, wymioty 0, bóle 0. Badanie kontrolne 2. II. 1928: waga 67.75 kg, stolec normalny, chory nie skarży się wcale na bóle, nie przestrzega żadnej diety, pije nawet piwo w większej ilości.

Badanie rentgenem 15. III. 1928 (Dr. Hirsch): dobrze skurczony, normalnie umiejscowiony, hakowaty żołądek, ze zwiększoną sekrecją, normalną perystaltyką i opróżnianiem. Część odźwiernikowa wykazuje na wielkiej krzywiźnie, stale gładko ograniczone wciągnięcie (następstwo operacji) punkt uciskowy poza żołądkiem w dołku podsercowym. Odźwiernik łatwo drożny. Dwunastnica bez zmian.

II. Przypadki jelitowe.

Najczęściej spotykamy tu zaparcie spastyczne lub biegunki, które występują po wzruszeniach jako tak zwane „Emotionsdiarrhoe", jak to już wyżej zaznaczyłem, reagują zaś stosunkowo prędko na wstrzyknięcie Aolanu i po atropaverynie, której jednak często umyślnie nie przepisywałem, by nie psuć sobie obserwacji. Co do atropaveryny stosowałem ją dziennie raz tylko i to w pierwszym tygodniu, potem co drugi dzień, wreszcie co trzeci. W ciągu 12 dni było leczenie Aolanem ukończone. Stolec był normalny i chory nie musiał już żadnych środków zażywać. Nieprzyjemne objawy uboczne znikały również jak n. p. bóle głowy, uczucie pełności w żołądku, bardzo często wzdęcie. Jako przykład jeden z wielu:

N. K. 37 lat, urzędnik policji, 1918 żółtaczka, 1920 czerwonka, 1922 dur plamisty i brzuszny. Od dłuższego czasu zaparcia, 1927 leczenie w Karlsbadzie, tamże stolec normalny. Po powrocie znowu zaparcie, bierze z tego powodu jak przedtem codziennie laxantia. Apetyt wieczór dobry, w obiad i z powodu zdenerwowania w urzędzie zły. Odbijania 0, wymioty 0, przed rokiem leczony z powodu nerwicy serca, obecnie niema żadnych przypadłości sercowych. Badanie wykazuje budowę asteniczną, wzrost bardzo wysoki, silne poty pod pachami, ręce i nogi zimne pocą się przy wzruszeniu, tętno miarowe, ciśnienie 100, Erben i Aschner dodatni, pluskanie w żołądku, waga 73 kg. 11. XI. rozpoczyna leczenie Aolanem i zażywa atropaverynę 1 tabletkę dziennie. 19. I. 1928 waga 75 i pół kg, stolec normalny, apetyt i w obiad dobry, poty prawie że 0, wzdęcie 0, zażywa dziennie 1 łyżeczkę calcium Sandoz. Badanie kontrolne 16. III. 1928 wykazuje wagę 76 kg.

P. J. lat 49, urzędniczka, agoraphobia, częste nudności, spastyczne zaparcie, z tego powodu zażywała przed dwoma laty atropaverynę, jakoteż przechodziła leczenie w Marjenbadzie, skarży się na uczucie pełności w żołądku, częste zawroty, uderzenia krwi do głowy, od trzech miesięcy brak miesiączki. Waga 55 kg, oczy błyszczące, wytrzeszcz gałek, obfite poty pod pachami, odruchy zwiększone, dermografja, Ortner i Erben dodatni, ciśnienie 100, Leczenie Aolanem; po miesiącu 22. VI. waga 57 kg, agoraphobia, zawroty, nawały krwi do głowy = 0, 6. XI. waga 59 kg, miesiączka normalna, stolec prawidłowy, podmiotowo dobrze się czuje.

III. Woreczek żółciowy.

Chory z bólami w woreczku żółciowym, u którego rozpoznawano Cholelitiasis, a ja przyjmuję zaburzenie w układzie wegetatywnym.

H. B. lat 56, inżynier. Z wywiadów podaje następujące szczegóły: bolesny ucisk w żołądku, uczucie (szczególnie rano), że musi pozbyć się gazów, które ma w żołądku, ale zrobić tego nie może. To powoduje zaburzenia w oddechaniu i kłujące bóle w całej klatce piersiowej. Te objawy są czasem tak przykre, że w lecie a nawet i w zimie na ulicy cały pokrywa się potem i zbiera mu się na wymioty. Bóle trwające czasem $1^1/_2$ godz. ustają nagle, gdy odpocznie. Skoro siedzi spokojnie zupełnie znikają. W r. 1926 we Francensbadzie (przedtem był w Karlsbadzie z powodu Cholelithiasis) z końcem 1926 powtarzają się zaburzenia, bóle podobne do poprzednich, jakie miał przy kamieniach żółciowych. Wreszcie 10. I. 1927 prawdziwy napad kamieni żółciowych, (poprzednie napady uznali lekarze jako colica flatulenta). Chologen, dieta itd Był w Karlsbadzie i Francensbadzie, ale już w drodze powrotne, 10. VII. 1928 dostaje nowego napadu bólu w okolicy woreczka żółciowego. 11. VII. 1928 stwierdziłem znaczny meteorismus, niskie ciśnienie krwi, wzmożone odruchy, dermografję, stolec w kształcie bobków. Bóle były nietylko w prawem podżebrzu ale i w okolicy esicy Nabrałem więc podejrzenia, że u chorego jest zaburzenie w układzie wegetatywnym z umiejscowieniem w woreczku żółciowym, zaczem przemawiać by mogły napady duszności i całe nastawienie chorego. Atropaveryna i Aolan. Waga z 64 kg wzrosła do $65^1/_2$ kg. 4. X. wykazuje $68^1/_2$ kg. Notatek co do stolca, oddechów itd. nie robi więcej chory, gdyż stolec jest prawidłowy a zaburzeń w oddechaniu niema, chyba po obfitszem jedzeniu, wówczas odczuwa lekki ucisk w okolicy żołądka. 16. II. 1928 waga wynosi 70 kg. Ciśnienie 135.

IV. Bóle głowy.

Z całego szeregu przypadków, które zgłosiły się z powodu bólu głowy i u których przeprowadziłem „pr." z bardzo dobrym skutkiem, określę dwa następujące:

29. IX. 1927 zgłosiła się u mnie p. F. M. lat 27 i podała, że z początkiem roku przechodziła metrorrhagię, a potem adnexitis dextra. Obecnie cierpi od dłuższego czasu na szum w uszach, szczególnie przed zaśnięciem i bóle głowy. Rano niema nigdy zawrotów, ręce i nogi zimne, obfite pocenie się pod pachami, zaparcie spastyczne, odruch rogówkowy 0, ciśnienie 100, waga 53 kg. 4 wstrzyknięcia Aolanu (bez atropaveryny). 24. XII. waga 56 kg 70 dkg, bóle głowy 0, senzacje w głowie (uszach) 0, uczucie zimna w rękach i nogach prawie że 0, poty 0.

E. G. lat 19, bóle głowy od roku tylko w ciągu dnia, szczególnie po południu, zaparcie spastyczne, stolce cuchnące, pocenie się pod pachami, ręce i nogi zimne, od rana zmęczenie, blepharitis,

które okulista odnosi do zaparcia i zaburzeń w miesiączkowaniu. Waga 47 kg. Tschermak i Ortner jakoteż Aschner dodatni, ciśnienie 90, odruchy znacznie wygórowane, dermographia. Leczenie: atropaveryna i zastrzyki (Aolan i lactoin medica) naprzemian. Bóle głowy ustępują już podczas leczenia, jak również i zaparcie.

V. Serce.

W. K. 23 lat, słuchacz praw, przebył koklusz, płonicę, zapalenie nerek i stawów w 13 roku życia hiszpankę, w 16 pokrzywkę (14 dni). Często miewa reumatyczne bóle w różnych stawach, w 19 roku życia żółtaczka, z kilkudniowemi wymiotami. Wówczas stwierdził u niego lekarz wadę serca, po czterech miesiącach zauważył pacjent nierówne tętno, jak sam podaje miało swe źródło w przygnębieniu i ustawicznem myśleniu o wadzie serca, podanej mu do wiadomości. Jak długo nic nie wiedział o swej wadzie serca, gimnastykował się i robił długie przechadzki bez trudności. Samą niemiarowość opisuje w następujący sposób:

Każde nadejście niemiarowości zwiastowane było niejako przez krócej lub dłużej trwające uczucie lęku, po którem nastąpiło zatrzymanie, dziwny uskok połączony ze silnem uderzeniem, poczem znów normalne tętno. Gdy uczucie lęku wystąpi gwałtownie, w krótkim lecz silnym uczuciu strachu, wówczas uderzenie jest nadzwyczaj silne, iż czuje w ciele nawet zmianę chwilową ciśnienia krwi, jakby uderzenie w niektórych naczyniach tętniczych. Niemiarowość powtarzała się kilkadziesiąt razy na godzinę, a ciśnienie krwi wynosiło 155 mm. Badanie wykazało szmery w sercu i nieznaczne rozszerzenie. 10. VII. dostaje pacjent pierwsze wstrzyknięcie Aolanu, po którym wystąpiły bole reumatyczne w prawym stawie barkowym, w stawach palców prawej ręki i przy otwieraniu ust (w stawie szczękowym). Na drugi dzień częste wymioty, a na trzeci obfity pot, ale brak niemiarowości. Waga ciała wynosiła 57 kg. 13. VII. drugie wstrzyknięcie Aolanu, a po niem bóle w lewym stawie kolanowym i stopie. Nazajutrz dzień cały bez miarowości. 15. VII. doliczył się pilny pacjent przez cały dzień siedmiu niemiarowości, ciśnienie poniżej 100. 22. VII. ostatnie wstrzyknięcie Aolanu, ból w stawie lewego kciuka, silne bicie serca i dziewięć razy wystąpiła niemiarowość w ciągu całego dnia. Do 1. VIII ani razu nie było niemiarowości, w ciągu sześciu tygodni przybywa pacjent na wadze około ośmiu kg. Euphoria. W grudniu 1927 (po spożyciu wędzonego mięsa) wymioty i zawroty głowy, które trwają blisko trzy dni. Przy każdem otwieraniu oczu musiał chory wymiotować, tak, że całemi dniami leżał z przymkniętemi oczami. Po trzech dniach kręcenie się przedmiotów w prawo ustąpiło, jakoteż i wymioty. Później doznawał zawrotów przy zwracaniu głowy w prawo, a wreszcie gdy już wstał z łóżka, przy chodzeniu. Badanie oczu (Dr. Goldwasser) wykazuje wyniki prawidłowe. Badanie narządu słuchowego (Dr. Neumark): błony bębenkowe normalne, próby słuchowe i widełkami stroikowemi normalne, prawy labirynt przy kręceniu mniej wrażliwy niż lewy, lewy zaś mniej wrażliwy na ciepło. 1. IV. 1928 stan ogólny dobry. Silna zgaga — prawie codziennie od tygodnia.

A. S., lat 40, żona kupca z czynnościowemi szmerami w sercu, skarży się na uczucia lęku i zatrzymanie się tętna, jakoteż bicie serca w połączeniu z kłuciem w okolicy nerek. Biegunki po wzruszeniach na które zresztą i jej matka cierpiała. W ostatnich trzech tygodniach straciła 3 kg na wadze, oczy błyszczące, odruchy wygórowane. Ortner pozytywny. Po wstrzyknięciach naprzemian Aolanu i lactoin medica niema pacjentka żadnych dolegliwości w okolicy serca ani przerywań. W ciągu dwóch miesięcy przybywa na wadze 3 kg. Badanie kontrolne dnia 8. II. 1928 wykazuje stan podmiotowy stale dobry, nieznaczny przybytek na wadze.

VI. Trzustka.

S. T., 38 lat, żona urzędnika, ma bóle (kolki) w podżebrzu lewem, czasami zaparcie, zresztą biegunki. Przed rokiem miała chora przejściowo cukier w moczu. 28. II. 1927 stolec mazisty krwawy, badanie wykazuje: (Doc. Dr. Materna, Opawa) oddziaływanie kwaśne, próba krwi dodatnia, mikroskopowo śluz, wiele tłuszczu obojętnego, kwasu tłuszczowego i mydła, pojedyńcze włókna mięśniowe, zaburzenia w trawieniu węglowodanów nie dają się wykazać. Próba na trypsynę (zapomocą płytek): tylko ślady trypsyny. Leczenie pankreonem, sól karlsbadzka, utrata na wadze około 5 kg. Pacjentka przechodzi 6-ciotygodniowe leczenie w Karlsbadzie. Nieznaczna poprawa, 21. XI. znowu biegunki, zawroty głowy, bicie serca, poty pod pachami, urina spastica, cg. 1.000 cukier 0, wyprysk na głowie od dłuższego czasu. Leczenie Aolanem. 10. II. od dwóch miesięcy znaczna poprawa, żadnych bolów w brzuchu, mocz prawidłowy, przybytek na wadze pół kg stolec czarny raz jeden przed dwoma tygodniami. Badanie kontrolne 15. III. 1928 stolec zwyczajnie jeden raz dziennie, bardzo rzadko dwa do trzech razy, prawidłowy. Chora jada nawet chleb i ostre rzeczy, i nie odczuwa potem żadnych dolegliwości. Zawroty głowy 0, jest spokojniejsza. Badanie okulistyczne (Dr. Goldwasser) 22. XI. 1927: Zewnętrzne części ócz nie wykazują żadnych zmian, a w szczególności równowaga mięśniowa jest utrzymana. Źrenice na światło bardzo słabo oddziaływują, bo dopiero przy bardzo silnem oświetleniu zapomocą soczewki zwężają się nieznacznie. Bystrość wzroku pełna, ale akomodacja upośledzona o tyle, że pacjentka bez szkieł wypukłych (+ 1.5 dioptrii) mimo wieku 38 lat nie czyta małego druku. Zresztą wszystko prawidłowe. Badanie kontrolne z dnia 17. III. 1928: źrenice znacznie żywiej oddziaływują bez szkieł wypukłych pacjentka drobnego druku nie czyta.

VII. Hyperthyreoidismus.

Dr. J. M., lat 41, urzędnik na bardzo odpowiedzialnym stanowisku, po konflikcie w służbie dostaje 15. VI. 1926 napadu duszności i drżenia rąk. Od tego czasu złe trawienie i bicie serca. Mimo leczenia spada waga ciała w ciągu sześciu tygodni ze 61½ kg na 48½ kg. Leczenie w Graefenbergu 3 tygodnie, przybytek na wadze 1 kg, ale po powrocie do domu waga spada. W listopadzie zapalenie gardła. Prawy migdałek pozostaje znacznie większy.

22. X. 1927 wykazuje badanie: budowa wątła, prawy migdałek znacznie powiększony, częstoskurcz 132, nieznaczne wole, Moebius 0, Stellwag 0, drżenie palców, ciśnienie 170. Meteorismus, pocenie się znacznie obfitsze, zaparcie spazmatyczne, waga 48½ kg.

Po zastosowaniu plastra rtęciowego zmniejsza się migdałek w ciągu 3 dni a pacjent dostaje od 25. X. do 7. XI. pięć wstrzyknięć Aolanu. Już po drugim wstrzyknięciu przybywa mu 1 i pół kg. 14. XI. waży 51 i pół kg a 21. XI. waży 53 kg. 29. XI. 53 i pół kg. 6. XII. 54 kg a 13. XII. 54 i pół kg. Wówczas tętno 90, drżenie rąk prawie znikło, oddechanie normalne, sen dobry jakoteż i apetyt, stolec normalny, ciśnienie 170. Chory czuje się dobrze. Zażywa calcium Sandoz.

VIII. Asthma.

Jak już wyżej zaznaczyłem, skurcz mięśni w oskrzelach spowodowany nadmiernem podrażnieniem nerwu błędnego, wywołuje asthma bronchiale. Zdaniem Dresela towarzyszą napadowi dychawicy i inne ojawy podrażnienia układu parasympatycznego, co uwydatnia się w źrenicach, gruczołach potnych, w przewodzie pokarmowym i t. d. Według Eskuchena 15) atak dychawicy nie musi być wywołanym tylko zaburzeniem n. błędnego, gdyż i nerw współczulny może być w hypotonji. Także i Klewitz, jest zdania, że nie można jednostronnie przyjmować nerwicy n. błędnego, ale choroba może powstać dzięki zaburzeniom n. współczulnego, który nie paraliżuje dostatecznie swego antagonisty. Również badania anatomiczne wikłają problem dychawicy, gdyż według Braeukera 15) część piersiowa n. błędnego zawiera i współczulne włókna.

Wiadomo, że atropina dodatnio wpływa na tę nerwicę, a pr. stosowano już od dawna z dobrym skutkiem, że wspomnę tylko Klewitza 6), który u 130 chorych wypróbował, i doszedł do przekonania że napady u całego szeregu pacjentów znikają, w małym zaś tylko odsetku jest pr. bez skutku. Werner Schultz 16) podaje statystykę N. Schiffa, wykazującą 90% wyleczeń i poleca w pierwszym rzędzie stosować wstrzykiwania mleczne. Nie każdy przypadek dychawicy musi być wagotoniczny, na co zwraca uwagę S. G. Zondek 17) gruczoły bowiem mogą uciskać na błonę śluzową oskrzeli i na nerwy oskrzelowe (błędny) co też prowadzi do ataków dychawicy. Glueck według Zondeka rozróżnia spastyczną formę dychawicy i rozedmowo - kataralną.

Dwa przypadki chorobowe, które ja leczyłem lactoinem Medica, znacznie się polepszyły; w obu przypadkach znikły napady dychawicy. Jeden z nich zażywał nadto atropaverynę, drugi calcium Sandoz.

IX. Hypertonia.

Dresel 7) twierdzi, że siedziby Hypertonii szukać należy w Striatum, skąd przez śródmózgowie oddziaływa na ośrodek n. błędnego i współczulnego. Hypotezę tę przyjmuje i F. Kraus 18), podkreślając, że mieć to może ważne znaczenie dla zrozumienia istoty hypertonii samoistnej. Według L. R. Muellera 18), jest unerwienie naczyń dwojakie: współczulny działa zwężająco, błędny rozszerzająco. Wykazano to dla gruczołów ślinowych i płciowych, ale nie dla naczyń jelita. Na naczynia serca i mózgu działa jednak n. współczulny rozszerzająco (adrenalina). Atoli jako regułę przyjmujemy, że działanie współczulnego podwyższa ciśnienie, błędny zaś je obniża. Ciśnienie jest daleko większe, o ile

oba n. błędne są przecięte. Olliver i Schaefer18), tłómaczą to ośrodkowem podrażnieniem n. błędnego. Zdaniem Krausa przyczyny należy szukać zupełnie gdzieindziej, a mianowicie zgodnie z hypotezą Dresela w ośrodku mózgowym podobnie jak się rzecz ma z regulacją ciepłoty krwi. Doświadczenie Karplusa i Kreidla potwierdzają to, gdyż wywoływali zwężenie naczyń przez nakłucie pewnego miejsca w śródmózgowiu. By normalny poziom ciśnienia krwi się mógł utrzymać, przyjmuje Kraus osobny ośrodek w mózgu czuły na zwyżkę ciśnienia wywołanego podrażnieniem parasympatycznych ośrodków w rdzeniu przedłużonym przy równoczesnem porażeniu ośrodków współczulnych tamże i w rdzeniu. Ośrodek więc ciśnienia krwi nie jest ani w jądrze n. błędnego ani w śródmózgowiu, ale w corpus striatum, skąd dopiero śródmózgowie i droga układu wegetatywnego (Parasympaticus i Sympaticus) reguluje je i utrzymuje na jednym poziomie.

Pal19) rozróżnia dwie formy hypertonii: przemijającą i stałą. Stała może być albo pierwotna, albo następowa, jako pierwotną nazywa ją Frank esentionalis a Munk genuina, następowa stoi w związku ze schorzeniem nerek. Co do pierwotnej powstaje ona według Pala wskutek kryz pressorycznych. Długo niespostrzegana, przeoczana i niestety zaniedbywana ulega zdemaskowaniu dzięki albo przypadkowi, albo ciężkiemu zaburzeniu w sercu, nerkach lub mózgu. Pal przyjmuje, że ta właśnie pierwotna stała forma hypertonii jest niejako nerwicą angiotonicznego układu nerwowego a źródła szuka jej w mózgu. Hypertonia nie jest chorobą podeszłego wieku, podkreśla Pal. Także O. Mueller12) na podstawie gruntownego badania 50 przypadków hypertonii dochodzi do wniosku, że jest ona nerwicą n. błędnego, obraz kapilarnomikroskopowy wykazuje spastyczno-atoniczny zespół objawów.

Kyling20), który zajmował się badaniami ciśnienia krwi po stosowaniu adrenaliny, zgadza się z tem zapatrywaniem i podkreśla analogiczne stosunki między hypertonia esentionalis, asthma bronchiale, ulcus ventriculi et duodeni. On też stwierdził opadnięcie ciśnienia krwi po wstrzyknięciach mleka. Z tego wychodząc założenia, robiłem i ja w następujących przypadkach pr. z których pierwszy nieodpowiednio był wybrany, gdyż już od dłuższego czasu wykazywał zmiany w nerkach i w sercu, czemu też przypisuję, że leczenie aolanem było bezskuteczne co do ciśnienia, chociaż objawy nerwowe, jak nawały krwi, szum w uszach, bóle głowy i t. d. prawie że ustąpiły. Ciśniene krwi 210 utrzymuje się w dalszym ciągu, jakoteż i białko w moczu, na wadze przybyła pacjentka 2 kg.

Drugi przypadek 56-letni mężczyzna, który od całego szeregu lat cierpiał na żołądek, a badania nie wykazywały nigdy żadnego anatomicznego schorzenia. Przechodził rozmaite leczenia, a ostatnio w Zukmantel. Po powrocie stamtąd zgłosił się do mnie z powodu zawrotów głowy, nawałów krwi do głowy, ucisku w okolicy serca, a badanie wykazało wówczas ciśnienie do 180 mm. W listopadzie b. r. gdy mimo leczenia (Jod + Calcium — Diuretin i t. d.) ciśnienie nietylko, że się nie obniżyło, ale dołączyły się jeszcze objawy claudicatio intermittens wstrzyknąłem mu 3 razy Aolan. Nieznaczne obniżenie już po trzeciem wstrzyknięciu wynosiło przy badaniu kontrolnem 23. II. 1928 — 140. Pacjent odbywa dłuższe przechadzki bez jakiegokolwiek bolu. Szczególnie wdzięczne wydaje się to leczenie przy hypertonii, która tak często towarzyszy przekwitaniu. Dwa takie przypadki, które widziałem wykazały w jednym obniżenie z 210 na 175, w drugiem ze 175 na 135, przyczem nawały krwi do głowy, uczucie lęku, bicie serca i inne objawy znikły.

Herman Freund21), który badał działanie wstrzyknięć proteinowych z punktu farmakologicznego stwierdził, że po wstrzyknięciach tych występują we krwi jakieś substancje, działające na układ wegetatywny podobnie jak Hormony. Substancje te są wrażliwe na ciepło, w alkoholu są rozpuszczalne i oddziałują alkalicznie, a odpowiadają właściwościami swemi związkom cholinowym względnie produktom oksydacyjnym cholesteryny, znanym nam związkom chemicznym które gromadzą się we krwi po naświetlaniu roentgenem a działają prawdopodobnie dodatnio na serce i naczynia. Cholinę polecają teraz F. H. Levy22) i Ganter23) we formie tabletek pod nazwą „Pacyl" jako nowy środek na obniżenie ciśnienia krwi. Przy hypertonii wyniki jakie otrzymali są dodatnie.

III.

Metoda, którą się posługiwałem, polegała na zastosowaniu 5 wstrzyknięć po 1 g śródmięśniowo co trzeci dzień. Prócz tego podawałem czasami preparat atropinowy a na zakończenie wapno. Jako preparat proteinowy stosowałem prawie wyłącznie Aolan Beiersdorfa, potem także i lactoin Medica bardzo rzadko novoprotynę. Co do bolów po wstrzyknięciu zaznaczyć muszę, że Aolan nie wywołuje żadnych, mniej więcej i lactoin medica podobnie się zachowuje, niestety rozkłada się po krótkim czasie a wówczas wstrzyknięcia stają się bolesne. Największe bóle stosunkowo wywołuje nowoprotyna, co jednak nie powoduje niezdolności do pracy. I ci tylko, co chorowali na gościec stawowy, miewają czasami po wstrzyknięciach bóle miejscowe.

Co do gorączki unikałem jej zasadniczo, dlatego też stosowałem takie małe dawki białka, gdyż widocznem jest, że i małe dawki działają leczniczo na zaburzenia w układzie wegetatywnym. Tego samego zdania jest także E. F. Mueller24). Dwanaście dni trwa całe leczenie. I ci pacjenci, którzy przed laty dostawali z jakich bądź powodów mleczne wstrzyknięcia, oddziaływali tak samo jak nieleczeni. Zapadu nigdy nie zauważyłem. Chcąc być bardzo ostrożnym, można przy następnych zastrzykach stosować dla odmiany nowoprotynę. Wstrzykiwałem zawsze domięśniowo nawet i novoprotynę. Szczególnie często stosowałem te wstrzyknięcia przy Ulcus ventriculi i duodeni. Unikałem śródżylnych wstrzyknięć z różnych powodów: a mianowicie: śródmięśniowe prowadzą do tego samego celu, nie wywołując ubocznych objawów, bardzo nieprzyjemnych często dla pacjenta. Wprawdzie działanie jest powolne, ale przy tak przewlocznych sprawach jak zaburzenia układu wegetatywnego, okoliczność ta nie ma większego znaczenia, przeciwnie, zdaniem E. F. Muellera24), który jest wielkim zwolennikiem śródmięśniowych wstrzykiwań, wessanie środka jest daleko delikatniejsze i zupełnie wystarczające, by oddziałać na układ wegetatywny. Działanie też trwa o wiele dłużej bez przejścia w przeciwną fazę. Wogóle Mueller zarzuca wstrzyknięcia śródżylne. Jako preparat atropinowy stosowałem atropaverynę i to jedną tabletkę rano po śniadaniu (przy ostatnim łyku herbaty) później co drugi, wreszcie co trzeci dzień. W ostatnich czasach stosuję kombinację Starkensteina25) „Vasano", składające się z hyoscyaniny i scopolaminy w stosunku 1 : 4, która ma tę zaletę, że działa na n. błędny ośrodkowo. Przetwór ten stosuje się ze znakomitemi wynikami przy chorobie morskiej, która jak wiadomo, polega na zaburzeniu w układzie wegetatywnym.

Z przetworów wapniowych stosowałem początkowo calcosan, potem calcium Sandoz, jedną łyżeczkę dziennie. Najlepiej smakuje pacjentom calcium lacticum Ingelheima. Przepisując wszystkie to preparaty kierowałem się pewnemi danemi: atropaveryna była dla mnie wskaźnikiem, o ile u pacjenta usuwała zaparcie trwające od miesięcy a niekiedy od lat, była ona niejako próbą farmakologiczną jak np. stosowanie plastra rtęciowego przy artro-lues (Schlesinger). Preparat atropinowy bez proteinoterapji działa przemijająco o czem mogłem się przekonać kilkakrotnie (patrz przypadek J). Co do przetworów wapniowych stosuje się go oddawna przy zaburzeniach układu wegetatywnego, gdyż przeciwdziała przewadze Kalium.

IV.

O ile zrobimy przegląd przypadków chorobowych, u których stosowałem leczenie proteinowe widzimy, że wpólnem dla nich wszystkich jest zaburzenie układu wegetatywnego, chociaż różne organy dotknięte były chorobą. Nigdy prawie nie był jeden organ siedliskiem schorzenia jak to już Dresel zaznacza. Zaburzenia układu wegetatywnego występują prawie zawsze w akordach rzadko tylko w pojedyńczych tonach, chociaż zawsze jeden dźwięk nadaje zabarwienie całej chorobie. Rzeczą lekarza jest akordy te należycie odczytać a nie tylko zająć się zasadniczym tonem. Kylin obejmuje rzecz całą jeszcze obszerniej: „choroby takie jak dychawica, wrzód, pewne przypadki przewlekłej pokrzywki i t. d. rozwijają się szczególnie u osobników z pewną nerwową konstytucją, a jeżeli dokładnie się studjuje wywiady, łatwo się stwierdzi całe grupy chorobowe w danych rodzinach. Jeden członek rodziny miał wrzody żołądkowe, drugi zanik nerki, trzeci dychawicę, czwarty przewlekłą pokrzywkę, a piąty słabe nerwy i t. d. Nierzadko spotyka się, że więcej takich chorób ma jeden i tensam osobnik".

Wstrzykiwaniami mleka przy tych chorobach, które polegają na zaburzeniach w układzie wegetatywnym, osiągałem prawie że zawsze znaczne polepszenie. Już pierwsze wstrzyknięcie było często punktem zwrotnym w przebiegu choroby. Nietylko podmiotowe objawy, ale i przedmiotowe znikały lub malały. Miarą polepszenia był dla mnie przyrost wagi. Niektórzy pacjenci przybierali na wadze już w ciągu wstrzykiwań jak np. przypadek z nerwicą serca tyczący się słuchacza chemji, syna lekarza, który już po drugiem wstrzyknięciu, a więc w szóstym dniu leczenia przybrał dwa kg. Prawdą jest, że ci pacjenci podają najczęściej, iż w ostatnich miesiącach stracili 5—10 kg na wadze.

O podmiotowych objawach mówić tu nie chcę; można by podejrzywać, że sugestja tutaj współdziała, a że współdziała nie ulega najmniejszej wątpliwości, zwłaszcza, jeżeli pacjent nie odczuwa

więcej bicia serca, jeżeli widzi przyrost wagi, jeżeli nie musi zażywać środków przeczyszczających, nie więc dziwnego, że neurastenik, który dotychczas prowadził dokładne zapiski co do wypróżnień, co do oddechów, lub niemiarowości i t. p. nie robi tego więcej. Czy wskutek wstrzyknięcia wzmaga się łaknienie, trudno osądzić, gdyż niektórzy chorzy oświadczają wprost, że nie jedzą więcej niż poprzednio. Jeden tylko chory (hyperthyreoidismus) twierdził, że taki czuje głód, iż osiem razy dziennie jeść musi, a po obiedzie wstaje głodny od stołu. Odnieść jednak to można do Basedewoidu, przy którym we formie toksycznej apetyt wzmożony nie należy do rzadkości. Jak sobie więc wytłumaczyć ten wzrost wagi u pacjentów? Prawdopodobnie wskutek wstrzyknięć sprawność narządów niedostateczna poprawia się i pokarm zostaje należycie wyzyskany. Tempo w jakiem przybierają na wadze pacjenci jest różne. Niektórzy jak już wyżej zaznaczyłem przybywali już podczas wstrzykiwań, inni dopiero później. Jedna astenicznа pacjentka, która w ciągu wstrzyknięć nic nie zyskała, i bezpośrednio potem udała się do miejsca kąpielowego (przypadkowo dla sercowo-chorych), wróciła z przyrostem 12 kg. Czy skutek leczenia jest trwały? Zbyt krótką jest moja obserwacja (gdyż najdawniejszy przypadek liczy zaledwie 10 miesięcy) bym mógł stanowczo na to odpowiedzieć. U żadnego z nich dotychczas nie musiałem powtórzyć zastrzyków. W każdym razie euphoria, którą pacjenci podają po leczeniu, choćby i nie była trwała, świadczy za tą metodą, dostępną dla każdego praktyka.

Jak możemy sobie wytłómaczyć działanie pr. na układ wegetatywny? Zondek i Behrend 26) badali jak wiadomo objawy występujące po śródżylnych wstrzyknięciach adrenaliny: stosowali je u zdrowych, u wagotoników i u sympatycotoników i otrzymali trzy rozmaite krzywe ciśnienia krwi. U tychże samych osobników powtarzali tę próbę po poprzedniem zastrzyknięciu nowoprotiny. Okazało się, że krzywe te mniej więcej prawie równały się sobie. Wynik do którego ja doszedłem na podstawie rozważań moich przypadków chorobowych, osiągneli powyżsi badacze na drodze indukcyjnej. Badania E. F. Muellera jakoteż Hollera i Pribrama nad wrzodem żołądka i leczeniem proteinowem wykazują, że działanie to nie skierowuje się wprost ku żołądkowi jako takiemu, ale biegnie drogą wegetatywnego układu. Wspomnieć jeszcze muszę o wynikach badań Ballinta (za Kornem 27) który w ten sposób tłómaczy działanie proteinoterapji na wrzód żołądka. Badanie ilości jonów H i Na we krwi u zdrowych i u chorych na wrzód wykazuje u tych ostatnich zwiększoną kwasotę. Choremu na wrzód żołądka musimy dać daleko większą dawkę sody, by mocz jego stał się alkaliczny, czyli że tkanki jego są przekwaszone i do zalkalizowania zużywają więcej sody niż człowiek normalny. Ta kwasota odgrywa pierwszorzędną rolę przy powstawaniu wrzodu i jej też przypisuje złe gojenie się wrzodu. Według Krausa i Zondeka zależy stan napięcia układu wegetatywnego od rozmieszczenia elektrolitów i tak kwaśne oddziaływanie wywołuje podrażnienie n. błędnego, zasadowe n. współczulnego. Skurcz przy wrzodzie spowodowany jest n. błędnym. Pribram jak już powyżej zaznaczyłem przypisuje działaniu novoprotyny zmianę nastawienia w układzie nerwowym. Ballint zaś wzmożenie alkalicznego oddziaływania krwi.

To co Ballint przyjmuje i udowadnia dla wrzodu możemy zastosować do wszystkich zaburzeń układu wegetatywnego, gdyż jak twierdzi Węgierko 14) F. R. Kraus ze względu na łączność czynnościową między elektrolitami, układem nerwowym wegetatywnym, błonami, moderatorami, hormonami, i t. d. ujmuje te wszystkie czynniki w jedną wspólną całość jako układ wegetatywny.

Zadaniem moim było wykazać, że proteinoterapja ma też wybitny wpływ na zaburzenia układu wegetatywnego i takowe usuwa. Ponieważ zaburzenia w systemie wegetatywnym wywołują cały szereg chorób można pr. we wszystkich tych chorobach zastosować z wynikiem dodatnim. Twierdzenie zaś, że przy wrzodzie, przy dychawicy pomaga a przy cukrzycy jest zbyteczne, jak to Klewitz twierdzi, jest nie słuszne. Proteinoterapja oddziaływać będzie skutecznie wszędzie tam gdzie idzie o zaburzenia układu wegetatywnego, a chorób takich jest cały legjon. Najróżnorodniejsze schorzenia możemy więc teraz ująć w jeden system i z tego punktu widzenia etjologicznie leczyć.

W ten też sposób zrozumiałem dla nas się stają dobre i złe wyniki proteinoterapji przy różnych schorzeniach. Drogą układu wegetatywnego leczy Singer cukrzycę za pomocą nowoprotyny, szczególnie jeśli to jest postać cukrzycy opisana przez Krausa i Franka. Tą samą drogą leczy Schmidt otyłość a Leidler zawroty głowy. Freud różne postacie gestozy jak: Hyperemesis, Chorea, Dermatozy w ciąży i Eklampsje. Wskazanem by było zastosować ją i przy innych schorzeniach układu wegetatywnego, jakoto chorobie morskiej, Enuresis nocturna, Status thymicolymphaticus, Diatesis exudativa, Tetania itd. a przedewszystkiem przy hipertonji czystej, nie powikłanej żadnemi zmianami ani w sercu, ani w nerkach, oczach lub mózgu Przypadki tej formy hypertonji to białe kruki w praktyce nie dlatego, że są rzadkością, ale, że chorzy w tym pierwszym okresie nie zgłaszają się do lekarza o poradę, a jeśli się już i zgłoszą, rzadko który bada zaraz ciśnienie krwi. Jedynie zasada badania ciśnienia u każdego bez wyjątku chorego (podobnie jak się bada mocz na białko itd.) mogłaby się przyczynić do zdemaskowania tej ciężkiej choroby już u jej kolebki, kiedy jako neuroza byłaby przystępna leczeniu.

Widzimy wiec, że dla proteinoterapji otwierają się nowe pola a możliwem jest, że na tej drodze znajdziemy wytłómaczenie mistycznej i niejasnej właściwości leczniczej proteinoterapji. Rzeczą jest jednak jasną, że i inne metody prowadzą do celu, że pr. niema monopolu, gdyż jak Nonnenbruch słusznie zaznacza „tu właśnie widzi się czysto praktycznie, że pr. ma to wspólne z innemi metodami leczniczemi, że i ona tak jak tamte wywołuje zmiany nastawienia (Umstimmung). Do zmiany nastawienia dochodzi organizm też i po chorobie zakaźnej, po upuście krwi, po naświetlaniu słońcem lub rentgenem jak po leczeniu klimatycznem i kąpielowem a i stare Ferrum-candes podobnie działało.

Piśmiennictwo.

1) Med. Kl. 1927, Nr. 45. — 2), 3), 4) Med. Klin. Nr. 44 i D. m. W., Nr. 41 z r. 1927. — 5) Med. Kl. 1927, Nr. 44, str. 1651 i M. m. W. Nr. 6. — 6) D. m. W. Nr. 41 z r. 1927. — 7) Kurt Dresel: Kraus-Brugsch, T. X, część 3. — 8) W. Cimbal: Ergeb. der ges. Med. Tom V, str. 342. — 9) Fendel: Die vegetative Neurose als kausaler Faktor in der Genese körperlicher u. seelischer Erkrankungen. — 10) A. C. Guillaume: Vagotonie, Sympathicotonie, Neurotonie. Wyd. 2. — 11) Cytowano według Glasera: Die klinische und therapeut. Bedeutung des vagot. Nervensystems w Ergeb. der ges. Med. Tom IX. — 12) Glaser v. 11. — 13) Cyt. za Dreselem patrz 7. — 14) Pol. Gazeta lekarska 1926, Nr. 32 i 33. — 15) Cytowano za Glaserem M. Kl. Nr. 35 z r. 1927. — 16) Werner Schultz: Asthma bronchiale w Ergeb. d. ges. Med. T. V. — 17) S. G. Zondek: Grundlagen der Kalktherapie Erg. d. g. M. T. V. — 18) Kraus Fr.: Kraus-Brugsch T. IV. Część 1. — 19) Med. Kl. 1928, Nr. 4 i 5. — 20) Eskil Kylin w Ergeb. der g. Med. Tom VII. — 21) D. m. W. 1926, Nr. 52. — 22) D. m. W. 1927, Nr. 52. — 23) M. m. W. Nr. 5. 1928. — 24) M. m. W. 1927, Nr. 13 i 14. — 25) M. Kl. 1927, Nr. 39 i 40. — 26) Zsch. f. Kl. Med. 1926, T. 103, zeszyt 3/4, S. 373. — 27) D. m. W. Nr. 41, St. 1730.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. med. Marjan MIENICKI, Wilno.
Adjunkt Kliniki Dermatologicznej U. S. B.

W sprawie stosowania kollargolu, względnie corgolu w przebiegu rzeżączki męskiej.

Działanie odkażająco-bakterjobójcze, jakie posiada preparat srebra kolloidalnego kollargol, przyczyniło się do stosowania go w rozmaitych stanach zakaźnych tak ogólnych, jak i miejscowych.

Dzięki temu w przebiegu rzeżączki kollargol jest zalecany i stosuje się obecnie nie tylko w postaci wstrzykiwań rozczynów rozcieńczonych do cewki i do przepłukiwań pęcherza, lecz i dożylnie. Opisy i wyniki w ten sposób wprowadzanego kollargolu są też ogólnie i dostatecznie znane (Tansard, Breten, Lux, Gennerich, Menzi, Sommerfeldt i inni).

Jednak sposób jakiego przytrzymujemy się, a który stosujemy od lat kilku, będąc odmienym od zaleconych i jednocześnie ujawniający swój dodatni wpływ w przebiegu rzeżączki męskiej — staje się powodem podania go do wiadomości.

Wprowadzamy świeżo przygotowany wodny rozczyn kollargolu, w stężeniu 1,0:10,0 w ilości dziesięciu cm³, do pęcherza przez kateter Guyona. wówczas, gdy mamy zajętą tylną cewkę; mocz w drugiej swej porcji oczyszcza się w większości przypadków bardzo prędko, bo już po 2—5 czasem 8 min. wstrzykiwaniach. Zabieg powtarzamy raz dziennie, lub też co drugi dzień, zalecając przytem choremu jak można najdłużej wstrzymać się z oddawaniem moczu. Podrażnienia błony śluzowej i zwieracza, które bywa po wkraplaniach azotanu srebra, zupełnie w ten sposób unikamy. W przypadkach natomiast, gdzie podobne podrażnienie już istniało, wyrażające się częstem i bolesnem parciem, oraz w krwawieniu po oddaniu moczu, stosowany w tej postaci kollargol objawy te w większości przypadków bądź całkowicie usuwa, bądź wyraźnie łagodzi.

Ten dodatni objaw występuje zwłaszcza w tych razach, kiedy nie tylko podczas pierwszego oddawania moczu po zabiegu zawie-

ra on domieszkę leku, lecz i podczas drugiego, a nawet trzeciego urynowania. W roku ubiegłym zamieniliśmy zagraniczny kollargol na wyrabiany w kraju przez firmę „Motor“ Corgol, a przekonaliśmy się, że preparat działa identycznie, więc w niczem nie ustępując zagranicznemu, ma jeszcze tę dodatnią stronę, że jest nieco tańszy w sprzedaży.

Dla zobrazowania osiąganych przez nas wyników ograniczamy się podaniem tu przykładów, gdzie wprowadzany był do tylnej cewki i pęcherza w sposób wymieniony kollargol wzgl. corgol zaznaczając, że przeciętnie na sto w $^3/_4$ przypadkach wyniki mieliśmy zadawalniające, a pogorszenia stanu chorobowego, doprowadzającego n. p. do obrzęku najądrza, lub zapalenia gruczołu krokowego nie spostrzegaliśmy. Przykłady dotyczą chorych zarówno klinicznych, jak i szpitalnych (w Wileńskim Wojsk. Oddz. Wener. zastosowaliśmy w roku 1921).

1) Adam R., szeregowiec 21 l., (L. ks. ch. 282 1921 r.). Urethrit. gonor. chron. rezid. post epidym. sinistr.

Chory 5 miesięcy, po ustąpieniu zapalenia najądrza chory miał przepłukiwanie pęcherza rozczynem nadmanganianu potasu, wkraplanie do tylnej cewki azotanu srebrowego ($^1/_4$—$^1/_2$%) oraz masaże gruczołu krokowego: mimo to mocz w pierwszej i drugiej porcji pozostaje wciąż mętny; oddawanie moczu mało bolesne. wyciek śluzowo ropny nie obfity. Badanie wydzieliny ujawnia dużą ilość ciałek ropnych i obecność dwoinek Neissera, układających się przeważnie pozakomórkowo. 10. VIII. 1921 r. wprowadzono do pęcherza 10,0 rozczynu kollargolu. Nazajutrz po zabiegu stwierdzono, że w drugiej porcji mocz zupełnie czysty; podrażnienia niema wyciek zmniejszył się. Zabieg powtórzono po raz drugi, poczem przystąpiono do leczenia przedniej cewki i masażu gruczołu krokowego. Chory pozostawał w Szpitalu w ciągu miesiąca do zupełnego wyleczenia i w ciągu tego czasu mocz w drugiej porcji pozostawał zawsze czysty.

2) Marjan G. szeregowiec, lat 21. (L. ks. ch. 99/22 r.). Urethr. gon. ant. et post. subacuta.

Choruje 4 tygodnie. Od kilku dni ma obfitszy wyciek z cewki i odczuwa silniejsze rżnięcie podczas uczęszczonego oddawania moczu (6 razy dziennie); mocz I i II b. mętny, zawiera dużo nici i kłaczków. W wydzielinie wśród obfitej ilości ciałek ropnych wykryto dwoinki Neissera, układające się grupami przeważnie pozakomórkowo. Choremu w ciągu 5 dni (od 3. II do 7. II. 22 r. włącznie) wprowadzano 10% rozczyn kollargolu do cewki tylnej i pęcherza; mocz znacznie się oczyścił po 3-cim wstrzyknięciu, a po 5-ym wyciek ustał zupełnie przyczem mocz I i II stał się przeźroczysty. Urynowanie normalne. Leczenie przerwano, gdyż mikroskopowe badanie obecności gonokokków nie wykazało. Chory pozostawał w obserwacji Szpitalnej jeszcze w ciągu 2-ch tygodni, przyczem mocz pozostawał zupełnie czysty, a badanie mikroskopowe nie ujawniało obecności dwoinek Neissera.

3) Michał J., student lat 30. (L. ks. ch. 77/25 r.). Urethr. gon. chron.

Choruje 4 miesiące. Wyciek dość skąpy; mocz w równej mierze mętny w I, II i III porcjach. Gruczoł krokowy twardy, prawy płat zwiększony. Mocz oddaje normalnie bez bólów. W wydzielinie z cewki moczowej i w osadzie po odwirowaniu znaleziono wśród znacznej ilości leukocytów dwoinki Neissera układające się wewnątrz i pozakomórkowo. Choremu zastosowano wstrzykiwania 10% rozczynu kollargolu; po dokonaniu pierwszych dwóch zabiegów żadnego polepszenia nie można było stwierdzić, natomiast po trzecim mocz w drugiej porcji stał się lekko opalizującym w trzeciej czystym; po czwartym i piątym wstrzykiwaniach mocz z wyjątkiem pierwszej porcji oczyścił się zupełnie. Makroskopowe badanie wydzieliny wykazało znaczne zmniejszenie ciałek ropnych. Rozpoczęte w dalszym ciągu masaże gruczołu krokowego i leczenie przedniej cewki pogorszenia więcej nie wywołało.

4) Aleksander K., prawnik lat 24. (L. ks. ch. 199/26 r.). Urethr. gon. rezid. post. stat. epididym. sin. et dexr.

Choruje czwarty tydzień. Obfita wydzielina ropna z cewki moczowej. Bóle w czasie oddawania moczu dość znaczne. Najądrza przy wymacywaniu stwardniałe, lecz nie bolesne. I-sza porcja moczu b. mętna, 2-ga czysta, 3-cia b. mętna. Badanie moczu: białka i cukru niema, indykan w granicach normy. Po odwirowaniu w osadzie całe pole widzenia usiane leukocytami. W preparatach barwionych 150—200 leukocytów w polu widzenia, oraz liczne dwoinki Neissera poza i wewnątrzkomórkowe. 5. I. 1926 choremu zastosowano kollargol; nazajutrz wydzielina nieco mniejsza, mocz równomiernie mętny we wszystkich porcjach; bóle podczas urynowania ustały. W dalszym ciągu zabieg powtarzano codziennie sześciokrotnie, co doprowadziło do zupełnego oczyszczenia się 2-giej i 3-ciej porcji moczu. Mikroskopowe badanie wydzieliny ujawnia 30—50 leukocytów w polu widzenia oraz zmniejszoną ilość dwoinek Neissera. Przystąpiono do miejscowego leczenia cewki przedniej.

5) Tomasz Ż., wieśniak lat 53. (L. ks. ch. 18/27 r.). Urethr. gonor. recid. chronic.

Zakaził się rzeżączką przed 20-tu laty. Obecnie wycieku z cewki moczowej prawie niema, natomiast odczuwa dokuczliwe bóle podczas częstego oddawania moczu; w ciągu dnia mocz oddaje 12—15 razy dziennie, w nocy 5—6, z moczem wydziela się obfita ilość krwi zwłaszcza w końcu urynowania, przytem występują bolesne skurcże zwieracza. Stan ten trwa 6 dni, mimo, że chory otrzymywał w ciągu tego czasu czopki, ciepłe nasiadówki i extr. fluid. hydrast. canad. (15 kropli 2 razy dziennie). 8. XI. choremu wprowadzono do pęcherza 10,0 ccm rozczynu corgolu. 9. XI. oddawanie moczu rzadsze, bóle i krwawienia trwają. Corgol. 10. XI. mocz mętny, osad obfity; widzialne są krwawe nitki i kłaczki. Powstał obfity ropny wyciek z cewki, natomiast bóle mniejsze. Mocz oddaje 8—9 razy w ciągu dnia, 2 w nocy. Corgol. Wobec wyraźnego stopniowego polepszania się stanu chorobowego zabieg powtarzaliśmy jeszcze w ciągu tygodnia; w tym przypadku po dziesięciokrotnem wprowadzeniu codziennem 10% rozczynu corgolu doszliśmy do stanu, gdy w osadzie nie stwierdzono czerwonych ciałek krwi, a mocz w 2-giej i 3-ciej porcjach pozostawał tylko lekko opalizujący. Wobec przerostu i ujawnienia obecności w wydzielinie z gruczołu krokowego gonokokków przystąpiono do masażu, co jednak nie wywołało pierwotnie istniejącego podrażnienia i krwawienia.

6) Feliks G., urzędnik lat 32. (L. ks. ch. 28/27 r.). Urethr. gonor. subac. ant. et post.

Chory 6 tygodni. Znaczne bóle i rżnięcia w cewce moczowej podczas oddawania moczu. Samo oddawanie częstsze do 8-miu razy w ciągu dnia, w nocy 4—5 razy. Mocz 1 i 2-gi mętny. Gruczoł krokowy nie zwiększony, jednak bolesny przy dotyku. Mikroskopowe badanie wykazuje dużą ilość ropnych ciałek i dwoinek Neissera, układających się wewnątrz i pozakomórkowo. Wprowadzanie choremu do pęcherza corgolu usunęło częste i bolesne oddawanie moczu w ciągu trzech dni; mocz w 2-ej porcji całkowicie oczyścił się po 5-ciokrotnym zabiegu, co dało możność przystąpienia do leczenia przedniej cewki.

7. Jan Z..., szeregowiec lat 21 (L. ks. ch. 62/28 r.). Ureth. gon. chron. antr. et post.

Choruje 3 miesiące. Mocz oddaje 7—8 razy dziennie bez bólu; W gruczole krokowym zmian nie stwierdza się. Wyciek niezbyt obfity; mocz mętny w 1 i 2 porcjach. W wydzielinie śród licznych ciałek ropnych obecne gonokokki, układające się grupami wewnątrz i pozakomórkowo. W przypadku tym dwunastokrotnie powtarzane wprowadzenie corgolu do tylnej cewki i pęcherza żadnego wpływu na stan chorobowy nie miało.

8. Aleksander J..., kapral lat 22 (L. ks. ch. 48/27 r.). Urethritis et cystitis gonor.

Chory 5 miesięcy. Oddając mocz, rznięcia w cewce prawie nie ma, uskarża się na bolesność w okolicy pęcherza; wyciek nieznaczny. Mocz będąc mętny w 1 i 2-giej porcjach w 3-ciej jest jeszcze mętniejszy. W skąpej wydzielinie śród znacznej ilości leukocytów spotykają się pojedyńcze gonokokki pozakomórkowe. W osadzie b. dużo ciałek ropnych. Leczenie dotychczasowe, polegające na przepłukiwaniach pęcherza rozczynami nadmanganianem potasu i azotanu srebra, pozostaje bez skutku. Zastosowanie choremu corgolu sprawiło szybkie oczyszczenie 2-giej i 3-ciej porcji moczu, bo już po 4-em wstrzyknięciu; zabieg powtórzono jeszcze pięć razy. Wyciek ustał, mocz pozostał czysty w 2 i 3 porcjach i żadnych dolegliwości chory nie odczuwał.

Podane przez nas przykłady dotyczą takich stanów, w których najczęściej możemy oczekiwać po zastosowaniu kollargolu lub corgolu poprawy w czasie trwania rzeżączki męskiej, gdy mamy zaatakowaną tylną cewkę i ewentualnie pęcherz. W stanach zapalnych pęcherza Necker osiągał również dobre wyniki, wprowadzając $2^1/_2$% rozczyn kollargolu w oliwie.

Na zasadzie, poczynionych przez nas spostrzeżeń twierdzić możemy, że kollargol, czy też krajowy preparat corgol, będąc wprowadzony do pęcherza w postaci 10% wodnego rozczynu jest środkiem wybitnie dodatnio działającym w komplikacjach rzeżączki męskiej.

Jak wykazały prace Pilchera i Sollmanna, kollargol jest czterdziestokrotnie słabszym od azotanu srebrowego a więc 10% jego rozczyn równa się $^1/_4$% rozczynowi arg. nitr.; rozczyn taki, będąc w zupełności tolerancyjny, gdyż srebro kolloidalne, mniej podrażniając śluzówkę, przenika w nią głębiej, zdaniem naszem, może być stosowanym zupełnie bezkarnie.

Biorąc pod uwagę zdanie niektórych autorów (Rost, Saenger), że największa ilość komplikacyj porzeżączkowych, doprowadzających z biegiem czasu do interwencyj chirurgicznych, powstaje na skutek zbyt silnych przepalań — sądzimy, że ta sprawa będzie jeszcze podaną bardziej szczegółowej rewizji, ograniczamy

się podaniem jednego ze sposobów, który może być mniej ryzykownym w swych następstwach.

Piśmiennictwo.

1) Breton: Journ. d. practic. Nr. 31. 1905. refer. Monatsch. f. Prak. Derm. B. 42. 1906 r. — 2) Gennerich: Münch. med. Woch. Nr. 15. 1912 r. refer. Derm. Wochen. B. 55. 1912 r. — 3) Lux: Münch. med. Woch. Nr. 21. 1919. refer. Derm. Woch. B. 71. 1920 r. — 4) Menzi: Münch. med. Woch. Nr. 3. 1918 r. — 5) Necker: Zeitschr. f. urol. chirurg. B. 9. refer. Zentral. f. H. u. Gesch. B. 7. s. 234. 1923 r. — 6) Pilcher u. Solliman: Journ. of labor. a clin. med. B. 38. refer. Zentr. f. H. u. Geschl. B. 10. 1924 r. — 7) Rost według Saengera. — 8) Saenger: Deutsch. med. Wochen. Nr. 41. 1926 r. — 9) Sommerfeldt: Dermat. Wochen. B. 67. 1918 r. — 10) Tansard: F. Malinowski: Choroby weneryczne T. I. Warszawa 1922.

Z HISTORJI MEDYCYNY.

Dr. med. i fil. Józef FRITZ. Lwów.

Księgozbiory lekarzy lwowskich XVII wieku *).

(Wykład wygłoszony podczas III Zjazdu Bibljofilów Polskich we Lwowie 29 maja 1928 r.).

Uczestników III Zjazdu bibljofilów, miłych gości we Lwowie, na których powitanie rozwarły się zebrane w tutejszym grodzie stare księgi a świetnej przeszłości dawne zabytki jakby ożyły i głośniej przemawiać się zdają, zastanowić musiały przy zwiedzaniu miasta nazwy ulic przywodzące na pamięć nazwiska dostojnych postaci z lwowskich rodzin lekarskich XVII stulecia, zaszczytnie zapisane w dziejach medycyny polskiej. Widzieliście może, czcigodni słuchacze, kaplice przez nich fundowane i byliście w pięknej renesansowej budowli, pomniku sławy i dobrobytu Lwowa, w „Czarnej kamienicy", gdzie niektórzy z tych lekarzy niegdyś żyli i pracowali. Oto wszystko prawie co po nich z widomych pamiątek ostałoś, po Kampianach, Boimach, Syxtcie, Alembeku, Anczewskim i i.! Odeszli oni niesieni niewracającą nigdy falą życia i jedynie wyobraźnia dziejopisa wskrzesić ich może zdoła na chwilę. Tylko ich cienie wyłaniają się z poważnych ksiąg radzieckich, ze smukłych woluminów aktów „Juris fidelium" lub smutnych spisów „Libri testamentorum". Pożółkłe karty tych świadków minionej dawno przeszłości, w których inkaust miejskich pisarzy nadgryzając pospołu z czasem włókna słabego papieru, dziwne powycinał ornamenty, dają świadectwo o ich istnieniu. O pracy wielu innych zapomnianych lekarzy znajdziemy tam również liczne wzmianki, którzy nie tylko lecząc nieśli słowa pociechy współmieszkańcom tego kresowego grodu, ale też i zażarte umieli toczyć walki o dobro i prawa rodzinnego miasta lub chwytać za broń, by je ochraniać przed nawałą wroga.

Jedno jeszcze także wyczytać można snadnie o nich z tych dla dziejów kultury Lwowa bezcennych źródeł, a mianowicie, że lekarze lwowscy dawnych wieków, choć tak bardzo czynni w społecznem życiu swego miasta, nigdy nie zapominali o rozwoju i postępie swej wiedzy i sztuki. Kształcąc się i pogłębiając nowowydawane dzieła lekarskie starali się je gromadzić, pieczołowicie ich strzegąc. Książka „supellex fida", jak ją nazywa rajca Jan Alembek, ojciec lekarza Walerjana na karcie tytułowej egzemplarza Plauta kupionego po śmierci rajcy lwowskiego Jana Hacka swój Exlibris kładąc [1]), książka, była dla nich najwierniejszym przyjacielem, z którym jedynie śmierć ich rozłączyć mogła. Wzruszony pisał np. Dr. Stanisław Dybowicki, zmarły w 1618 r. w swym testamencie żegnając się z dobrami doczesnemi: „Ruchome dobra moje różne są a najprzedniejsze są drogie klejnoty uczciwości mojej księgi, na których się ja ucząc z woli i błogosławieństwa Pańskiego tymem był czemem był, dlatego nie godzi mi się ich ladajako obracać" [2]). Przykładów takich mogłyby nam testamenty lekarzy lwowskich dać wiele. Powstawały więc zbiory dzieł przeróżnych, przechodzące wraz z arkanami sztuki lekarskiej z ojca na synów i wnuki stale pomnażane i pilnie strzeżone. I oto przyczyna, która nakazuje nam dziś wspomnieć garść poświęcić i lekarzom lwowskim XVII w., albowiem i w nich gorzała miłość do ksiąg, i oni też byli bibljofilami, bibljofilami dobrymi, jak wyraził się nasz Wiceprezes w swym referacie o Ossolińskim. Znaczne ich zbiory zniszczył ząb czasu, rozpadły się one wprawdzie lecz resztki tychże przeszedłszy przez ręce bibljofilów lwowskich z końca XVIII w. dostały się wreszcie między skarby Ossolineum, którego stulecie właśnie obchodziliśmy. Były więc wszystkie jakby pierwszemi próbami założenia księgozbioru w tym grodzie przed wielkim czynem Ossolińskiego, dlatego też i im w ciągu dzisiejszych uroczystości należną cześć oddać wypada.

* * *

Materjału do zestawień ksiąg lekarskich i przyrodniczych, które od siebie odłączać trudno, pozostających we Lwowie w w. XVII dostarczyły mi ich spisy pomieszczone w inwentarzach ruchomości po zmarłych lekarzach tego czasu. Znajdują się one w A(cta) Offici C(onsularis), J(uris) F(idelium) i L(ibri) T(estamentorum) w przechowaniu w Archiwum miejskiem Lwowa [3]). Przeglądnąłem inwentarzy kilkadziesiąt, materjału jednak jeszcze nie wyczerpałem. Do uzupełnienia wiadomości o pochodzeniu rodziny lekarza Alembeka służyły mi protokoły Archiwum miejskiego we Fryburgu w Bryzgowji. Materjał cały jest niedokładny i nie podaje z pewnością wszystkich ksiąg pozostałych po zmarłych testatorach, dlatego też ilości ksiąg zestawionej poniżej nie należy uważać za ścisłą. Często też oprawiano po kilka ksiąg razem a pisarz miejski sporządzając spis lub pisząc pod dyktaten nie zawsze wszystkie wymieniał [4]). Słabe również obeznanie się spisywaczy ksiąg z literaturą lekarską spowodowało wiele przeoczeń w nazwiskach autorów i w tytułach ksiąg, tak iż weryfikacja dzieł wymienionych, podana w drugiej części tej pracy, napotykała na znaczne trudności.

Główną cechą prawie wszystkich większych księgozbiorów lekarskich lwowskich XVII w. była ich wszechstronność i wielojęzyczność. Ośrodek zbioru tworzyli zwykle humaniści i literatura klasyczna, lekarze bowiem ówcześni posiadali znacznie ogólniejsze wykształcenie niż dziś. Potem dopiero szły literatura fachowa w językach obcych i rodzimych, przeważnie ze szkół włoskich, choć nie brak też dzieł lekarzy francuskich i niemieckich, wreszcie teologja i prawo. Nierzadko znajdujemy tam jeszcze wiele z literatury średniowiecznej oraz księgi z nauk tajemnych, co rzuca ciekawe światło na ich posiadaczy. Czasem napotykamy i rękopisy, zaś wśród tych prace samych właścicieli zbiorów.

W księgi zaopatrywali się lekarze lwowscy podczas swych studjów w zagranicznych wszechnicach często pod pięknym niebem Italji, przywożąc je następnie ze sobą, później zaś dokupywali nową literaturę podczas jarmarków księgarskich odbywających się we Lwowie w lutym każdego roku lub u bibljopolów już stale w XVI w. we Lwowie przebywających [5]).

Pierwszą wiadomość o księgach pozostających w posiadaniu lekarzy XVII w. przynoszą testamenty pod r. 1603. Wtedy to osobistość bliżej nie znana, doktor medycyny, Andrzej Curtius [6]) w swej podróży z Włoch do Krakowa do księcia Ostrogskiego zatrzymał się we Lwowie z powodu niemocy, która go tu opadła i zmarł pozostawiwszy testament. W zapisie wymieniono prócz szat, srebra i cyrografów też: „libros secum vectos", skrzynię xiąg pełną, ksiąg rozmaitych 21", które wnioskując z zawodu właściciela były prawdopodobnie po największej części lekarskiemi [7]).

Pozostały one we Lwowie i weszły przypuszczalnie zakupione w drodze publicznej sprzedaży w zbiory ówczesnych lekarzy lwowskich.

---

*) Por. też Józef Fritz: Księgi lekarskie w lwowskich zbiorach XVI/XVII wieku. Lwów 1928. Nakładem Drukarni Polskiej (z podobiznami kart tytułowych i inwentarzy ksiąg).

[1]) Por.: Katalog Wystawy książki lwowskiej. Lwów 1928. Str. 102. Nr. 668.

[2]) W. Łoziński: Patrycjat i mieszczaństwo lwowskie. Lwów 1890, str. 161.

[3]) Skróty dla cytowanych poniżej źródeł: A. C., J. F. i L. T.

[4]) Czasami wpisywano inwentarze do ksiąg z bruljonów sporządzanych na miejscu, za czem mówią błędy powstałe wskutek ich złego odczytywania.

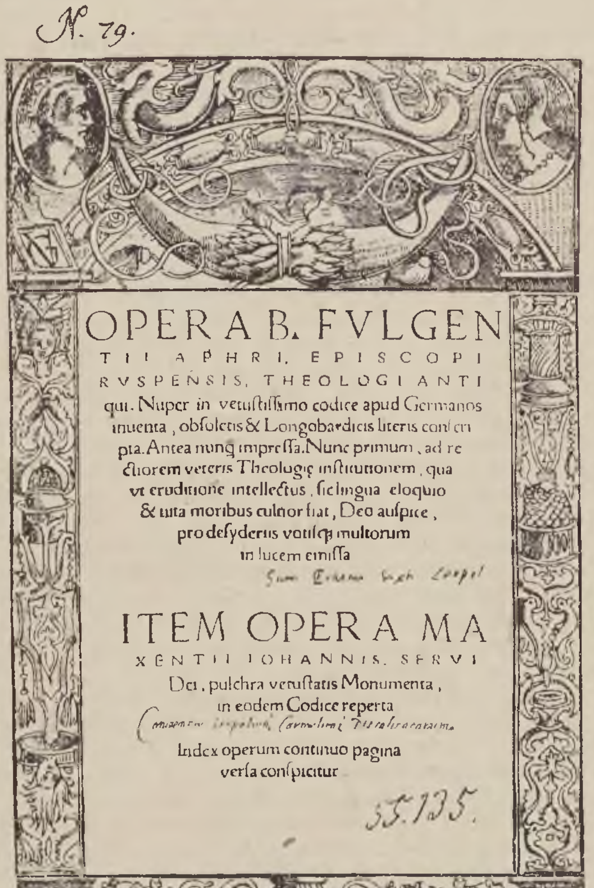
[5]) Z księgarzy XVI w. wymienię Pietra z Poznania, Hansa Brickyer i Baltazara Hübnera, z XVII. Cecylję Gorecką, Jakóba Wirowskiego Lubelczyka, Wojciecha Maliczkiewicza, Lychowskiego i Andrzeja Dobrzyc, zaś z pośród najstarszych dzieł lekarskich i przyrodniczych pozostających w ich składach przytoczę na podstawie inwentarzy następujące: Lekarstwa końskie (Biernata z Lublina?, autora Lekarstw doświadczonych... są przydane lekarstwa końskie i broszury Sprawa a lekarstwa końskie por. L. Bernacki: Pierwsza książka polska Lwów 1918, str. 392), O zachowaniu zdrowia, Zdrowe lekarstwa, Lekarstwa polskie, Krescentyna, Hessa: De tuenda valentudine i i.

[6]) N. Buccellae Patavini: Confutatio responsi Simonis Simonii... Cracoviae, Rodecius 1588, str. 4: ...in familia Curtia Ticinensi celeberrimos semper fuisse Medicos...", o lekarzach z rodziny Curtius (Corti) por. Biographisches Lexikon hervorragender Aerzte hg. v. Gurlt u. Hirsch Wien u. Leipzig 1885, II. 86.

[7]) L. T. V., str. 312.

W 15 lat później zmarł we Lwowie lekarz Dr. Stanisław Dybowicki burmistrz, lekarz królewski, Sapiehów, Żółkiewskiego, krewniak Szymonowicza, szczerze do swych ksiąg przywiązany. Jakie one były nie wiemy, gdyż w inwentarzu zapisano jedynie: „Xiąg dwie skrzynie pełne zapieczętowane Urzędu Wojtowskiego pieczęcią y kilkanaście wolmarzy także zapieczętowane[8]). Księgi swe oddał w opiekę Drom Erasmowi Syxtowi i Abrecjuszowi. Przy wielkiej skłonności do gromadzenia ksiąg, jaką ujrzymy u Syxta należy przypuszczać, że część tych nabył prawdopodobnie on do swego zbioru.

Dr. Marcin Kampian, ze sławnej rodziny lekarskiej lwowskiej, syn Pawła, lekarza i przyjaciela znanego syfilidologa polskiego Wojciecha Oczki, bratanek Wojciecha nauczyciela królewicza Jana Zygmunta, autora licznych dzieł lekarskich, pozostawił dość znaczny księgozbiór, który zawierał prawdopodobnie i bibljotekę ojca. Spis uczyniony w testamencie Marcina wymienia około 230 dzieł zaś między temi ksiąg lekarskich i przyrodniczych 70. Zbiór ten mieścił dość ksiąg polskich i literatury klasycznej, wśród lekarskich starą medycynę, dzieła lekarzy klinicystów włoskich,


N. 79.

OPERA B. FVLGENTII AFRI, EPISCOPI RVSPENSIS, THEOLOGI ANTIqui. Nuper in vetustissimo codice apud Germanos inuenta, obsoletis & Longobardicis literis conscripta. Antea nunq impressa. Nunc primum, ad rectiorem veteris Theologię institutionem, qua vt eruditione intellectus, sic lingua eloquio & uita moribus culnor fiat, Deo auspice, pro desyderiis votisq multorum in lucem emissa

ITEM OPERA MAXENTII IOHANNIS, SERVI Dei, pulchra vetustatis Monumenta, in eodem Codice reperta

Index operum continuo pagina versa conspicitur

55.135.

55.135

Egzemplarz księgi ze zbioru Erazma Syxta i Konwentu Karmelitów bosych we Lwowie. (Ososlineum sygn. 55135).

z niemieckich Paracelsa, z nowości prace o kołtunie i dzieła nadwornego lekarza Zygmunta III Śleszkowskiego[9]).

Wróg rodziny Kampianów zwalczający ich serdecznie a nie przebierający w środkach Dr Erazm Syxt, którego rodzina była tu zdaje się już dłużej osiadłą, skoro akta wymieniają dość wcześnie niejakiego Syxta introligatora, zgromadził jeden z największych księgozbiorów lekarskich XVII we Lwowie. Przy spisywaniu dzieł tego zbioru był obecny Dr. Paweł Boim, dlatego też może spis ów wypadł znacznie lepiej od innych[10]). Bibljoteka mieściła Zwraca również uwagę pokaźna liczba rozpraw o gnilcu oraz zestawienie życiorysów sławnych lekarzy a więc uwzględnienie się w domu Syxta „in platea Haliciensi civitatis huius inter alias lapideas Kisialkowska ab una et Jasikowska ab altera parte" położonym. Syxt był człowiekiem zamożnym, nagromadzenie więc takiego zbioru nie nastręczało dlań z pewnością wielkich trudności. Skupowywał księgi po śmierci innych lekarzy lub też je otrzymywał w darze np. od Macieja Turskiego, profesora Akademji zamojskiej, jak zapodaje notatka na zachowanym w Ossolineum egzemplarzu dzieł Platona, który był w posiadaniu Syxta[11]). Bibljotekę ułożono według formatu ksiąg, których było około 760 w tem z medycyny i nauk przyrodniczych mniej więcej 400 a więc przeszło połowa, co stwierdza jej wyraźny charakter lekarski. Wśród nielekarskich zawierała ona najwięcej literatury klasycznej, która jak u Kampiana tworzyła zrąb całego zbioru, dość dzieł z prawa, nieco z teologji, mało stosunkowo ksiąg w języku polskim. Na dział lekarsko-przyrodniczy składały się przeważnie dzieła Włochów, mało natomiast było francuskich i niemieckich lekarzy. Z medycyny znajdujemy księgi z zakresu anatomji (między temi J. Leopolity Niedźwieckiego traktat: De ossibus humanis)[12]), liczne wydawnictwa z chirurgji, farmako- i wenenologji, położnictwa, chorób skórnych, dziecięcych, wiele z epidemjologji i z zakresu chorób płciowych. O zainteresowaniu się wodami t. j. źródłami mineralnemi i balneologją w dzisiejszem znaczeniu świadczą liczne publikacje z tej dziedziny. Z polskiej literatury lekarskiej posiadał Syxt: Zielniki, Szymona z Łowicza, Oczkę, dzieła Śleszkowskiego, pewnego rodzaju dziejów sztuki lekarskiej. Łowiectwo, gospodarstwo, pszczelnictwo są również w tym zbiorze zastąpione, o zajęciu się sprawami przemysłu, górnictwa, metalurgji świadczą fachowe dzieła. Niektóre z ksiąg były w kilku egzemplarzach, między zaś temi i własne: O Cieplicach we Śkle. Zawierał też ten poważny zbiór lekarski i rękopisy jak: Practica Herculis de Saxonia, Practica de febribus manuscripta, Logica Venerabilis Thomae Sixti manuscripta. Z nauk przyrodniczych interesowały Syxta najbardziej astronomja i geografja.

Ten ciekawy zbiór, dzieło życia Syxta rozpadł się wkrótce po jego śmierci, szczątki znalazły się może w klasztornych bibljotekach, z których jeden z klasztoru Karmelitów bosych ostał się do dziś w Ossolineum.

Jakób Kosnigel, lekarz i ławnik lwowski również gromadził księgi, chociaż obrazy zdaje się były mu milsze. Inwentarz jego dzieł z r. 1645 podaje wartość ksiąg, których było 48, w tem około 30 lekarskich z różnych dziedzin medycyny, wśród nich też jeden manuskrypt recept różnych ceniony na groszy 15[13]).

Poważny był zbiór Dr. Marcina Korzeniowskiego zmarłego w r. 1650, obejmujący 380 dzieł w tem $^{2}/_{3}$ ksiąg lekarskich i liczne rękopisy[14]). Inwentarz zestawia je według formatu, tak bowiem były prawdopodobnie rozmieszczone w szafach. Obfitował ten zbiór w nowe dzieła ze wszystkich działów medycyny, zawierał wiele z literatury o podagrze, dość z botaniki, była tam też i magia naturalna z polskich jednak mało: O Cieplicach, zarazach i tłumaczenia z Pedemontana, z rękopisów Universa philosophia manu ipsius scripta, In artem veterum liber manu ipsius scriptus, Prolegomena in physican manuscripta, Philosophia manu ipsius scripta, Exercitamenta oratoria, Lectiones in 6 libros elementorum manuscriptae i i. Tytuły rękopisów świadczą o zamiłowaniu Korzeniowskiego do filozofji i retoryki, z zakresu których może sam przygotowywał jakieś wydawnictwa.

Dr. Kasper Szolc, szwagier poety Szymonowicza i Kampiana, profesor w Akademji Zamojskiej, jeden z najświatlejszych mieszczan Lwowa zgromadził około 200 dzieł wśród nich zaś 78 lekarskich[15]). Ozdobą bibljoteki były utwory z literatury pięknej i księgi z historji i prawa. Między lekarskiemi znajdowały się prace niemieckie z chirurgji, traktaty z pedjatrji, położnictwa, dzieła Paracelsa, rozprawy o kile, zarazach i gnilcu. Znał się Szolc na złotnictwie, skoro i z tego działu księgę posiadał i próbował też może czytać w linjach życia na dłoniach wyrytych, zaglądając do swej chejromancji. Dziwna to była prawie że faustowska natura, która wszelkie tajniki naturze wyrwać usiłowała.

Marcin Grozwaier doktor medycyny i filozofji, burmistrz Lwowa, dzielnie bronił swe miasto przed najazdem B. Chmielnickiego[16]). Spokrewniony był z lekarzem Franciszkiem Złotorowiczem i poetą Bartłomiejem Zimorowiczem, któremu prawdopodobnie przekazał swe zbiory. Miał ksiąg 45 w tem dzieła w języku włoskim. Z medycyny wymieniono np. Hieronima Merculiale.

Dr. Jakób Sebastjan Krauz lekarz i rajca zmarły w r. 1673, bogacz wielki nagromadził sporo ksiąg ładnie opraw-

[8]) A. C. 1618. XXVII., str. 769.
[9]) A. 318. III. (Archiwum Lwowa) 1629, fol. 13—15.
[10]) J. F. 1635. V., str. 293—327.
[11]) Katalog Wystawy książki lwowskiej str. 104. Nr. 683.
[12]) Wydanie tegoż opracowuję.
[13]) A. C., tom L., str. 1793.
[14]) J. F. VIII. str. 367.
[15]) J. F. VIII. str. 81—94.
[16]) A. C. LVI. str. 907 i J. F. VIII. str. 1258.

nych i rękopisów [17]). Zbiór jego liczył 175 dzieł. Między 56 księgami lekarskiemi mieściły się druki niemieckie, jak chirurgje, włoskie, polskie herbarze, zaś wśród rękopisów: Regestr w białym papierze Szpitala Świętego Stanisława.

Walerjan Alembek doktor medycyny i filozofji, rektor Akademji Zamojskiej zmarł około 1678 roku, ze sławnej rodziny mieszczańskiej posiadał największy z lwowskich księgozbiorów XVII w. [18]). Pochodził z rodziny, która przybyła prawdopodobnie z Fryburga w Bryzgowji w połowie XVI w. do Lwowa. W aktach Archiwum miejskiego w Fryburgu znalazłem szereg notatek o „gloriosa stirps Alembechorum", które mogłyby przemawiać za tem, iż protoplastą rodu lwowskiego był Hans Alembekh posiadacz domu zum Finken we Fryburgu [19]), który to Jan Alembeck był jednak tam również przybyszem [20]). Linja Jana utrzymała się we Lwowie do XVIII w. Jan, które to imię zdaje się było częste w rodzie Alembecków, przybysz do Lwowa kupiec lubiał księgi a umierając w r. 1588 pozostawił ich 93 swemu synowi Janowi, ojcu lekarza Walerjana [21]). Prawie $^{3}/_{4}$ ksiąg tej bibljoteki, która stała się zarodkiem zbioru Walerjana było w języku niemieckim. Z medycznych i przyrodniczych znajdowały się tam: „Lekarskie księgi niemieckie, Prognosticon Paracelsi. Xiążki lekarskie Walther Ryphii, Herbarius Turneyssera i Astronomja niemiecka". Jan Alembek syn poprzedniego, rajca lwowski, również postać wybitna w dziejach tego rodu zmarł w r. 1636 pozostawiając księgozbiór ze stukilkudziesięciu ksiąg złożony, a więc już znacznie liczniejszy niż ojcowski [22]). Skrzętnym on być musiał w ksiąg gromadzeniu jak o tem świadczą notatki na kartach tytułowych jego druków własną ręką pisane. Kupował księgi po zmarłych patrycjuszach lwowskich pozostałe, miał i dzieła z bibljoteki słynnego prawnika lwowskiego XVI w. Pawła Szczerbica [23]). Druków w zbiorze jego było prawdopodobnie więcej niż podaje inwentarz, albowiem przy końcu tegoż zapisano: „Ostatek dołożono różnemi książkami". Do dawnych ksiąg lekarskich ojca dodał sporą liczbę nowych. 11 druków i ksiąg tego zbioru lekarskiego pochodziło z bibljoteki ojca. Język niemiecki utrzymuje się, do odziedziczonych dodano nowe niemieckie dzieła lekarskie, jak: Hortus Sanitatis, Herbarze, Paracelsa, księgi z alchemji i astrologji na pergaminie. Literatura klasyczna była w tłumaczeniach niemieckich. Wartość dzieł oszacowano we florenach. Cały zbiór był podzielony na „sortes", działy (było ich cztery), ksiąg lekarskich było razem 38. Wśród nich pojawiają się już dzieła lekarzy włoskich jak np. Merkurialisa. W spisie dzieł wymieniono też narzędzia aptekarsko-balwierskie, co wskazywałoby na zainteresowanie się zawodem aptekarsko-cyrulicznym. Księgi ojcowskie i dziadowskie odziedziczyli synowie Jana, Walerjan i Fryderyk Alembekowie [24]). Zbiór Fryderyka, kanonika przemyskiego, który posiadał swój Ex libris pisany rozpadł się wkrótce wszedłszy do innych księgozbiorów, bibljoteka zaś Walerjana stała się największym księgozbiorem XVII w. we Lwowie pozostającym w ręku patrycjusza.

Dobrze według treści ułożona zawierała 1250 dzieł w 45 szafach (armaria). Inwentarz obejmuje pięć działów, medycynę, teologję i prawo, historję, astronomję i scholastykę. Na dział lekarski składało się 308 dzieł pomieszczonych w 11 szafach. Podział ten nie był jednak zupełnie ścisły, widocznie niektóre księgi później przestawiono. Cały zbiór obejmujący wszystkie gałęzie wiedzy chlubnie daje nam świadectwo o wszechstronnem wykształceniu tego lekarza uczonego, polyhistora niepośledniej miary, ostatniego z wielkich przedstawicieli świetności dawnego Lwowa. Medycynę umieszczono w inwentarzu na pierwszem miejscu. Wśród wielu wyborowych dzieł z medycyny włoskiej znajdujemy księgi wszystkich prawie ówczesnych wybitnych lekarzy w różnych językach. Nie pogardzano i literaturą rodzimą o czem świadczą liczne Herbarze, prawdopodobnie w kilku wydaniach, Lekarstwa domowe, Księgi o powietrzu i t. d. Znał Walerjan Paracelsa, którego dzieła dziedziczono w rodzinie, zajmował się zagadnieniem wówczas wielce przez Akademję Zamojską omawianem t. j. kołtunem, posiadał księgi o gnilcu, dzieła z medycyny wojennej, chirurgji, anatomji, farmakologji, zoologji i botaniki. Zajmowały go: sprawa obrony miast, górnictwo, ogrodnictwo, sztuka wojenna (ars magna artilleriae), astronomja, optyka, geometrja. Jako matematyk posiadał też wiele dzieł z tego zakresu, w których nieraz umieszczał różne dopiski świadczące o ich gruntownej lekturze. Z rękopisów miał Krzysztofa Vegi: Index observationum et responsionum in morbis et simptomatibus manuscriptus, Promptuarium manuscriptum, Manuscripta et Notata medica. W inwentarzu wymieniono również wiele lekarstw i towaru transmaryjnego, skrzynie apteczne, instrumenta matematyczne. Cały księgozbiór imponujący swą wszechstronnością, podzielił jednak niestety wkrótce losy innych. Przeszedł on dalej w spadku na syna Walerjana Ludwika, który zmarł w r. 1704 z powodu morowej zarazy. W swym testamencie błagał on spadkobierców „by tak sławnej i pięknej bibljoteki dotrzymać chcieli". Rozdrobniono ją jednak, dzieląc na 3 części i rozproszono. Duży dział otrzymał Juljusz Ginter wnuk Walerjana, po którym znalazły się one i w bibljotekach klasztornych i u bibljofilów lwowskich jak np. u Wronowskiego, sąsiada Ossolineum.

Dr. Benedykt Wilczek, lekarz i rajca, potomek jednej z najstarszych rodzin lwowskich zmarły w r. 1696 pozostawił 140 dzieł w pośród zaś tych 46 lekarskich [25]). Między niemi przodowały chirurgja, medycyna wojskowa, chemja, górnictwo, z polskich był Herbarz i Wesparjana Kochowskiego: Przymiot (?).

* * *

Szanowni Słuchacze! Stanęliśmy u końca XVII w. Nie wymieniłem bynajmniej wszystkich posiadaczy ksiąg z pomiędzy lekarzy, jest ich jeszcze wielu, chodziło mi o najważniejszych, ale już z tych danych łatwo nabrać wyobrażenie o zamiłowaniu do książki u stanu lekarskiego we Lwowie w tym wieku zachodu jego świetności [26]) .Ciągłe niepokoje i burze polityczne tych czasów odbić się oczywiście musiały i na zamiłowaniu do ksiąg gromadzenia, a jednak widzieliśmy powstawanie ich licznych zbiorów nieraz wprost zdumiewających swym bogactwem. „Supellex regia", książka była więc umiłowaną u lekarzy starego Lwowa a dumne, rzeźbione i złocone armaria strzegąc jej i dźwigając te drogie sercu posiadaczy klejnoty zajmowały nie jedną z komnat domów lekarzy patrycjuszów tego grodu. Cóż się z nich, z tych szlachetnych poczynań wielkich jednostek ostało? Nie danem im było przetrwać w całości i stać się zawiązkiem wielkiego księgozbioru lwowskiego, któryby dotrwał do dziś i którego już trzechsetlecie celebrować byśmy mogli. Zginęły w wirze wieków i tylko szczęśliwy traf pozwoli czasem skrzętnemu bibljofilowi wyłowić ich „disjecta membra". W wieku burz i nieszczęść Rzeczypospolitej już u ich kolebki zda się brzmiała złowroga zawsze dla bibljofilów melodja:

„Habent sua fata libelli"!

Jan GREK i Witold ZIEMBICKI. Lwów.

Pół wieku.

Rzut oka na kronikę Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego **(1877—1927)**

(Dokończenie).

Przed Towarzystwem naszem otwierają się nowe horyzonty pracy twórczej. Jak już z dotychczasowej kroniki wiemy, Towarzystwo nasze nigdy od samego początku istnienia nie zamykało się w ramach samej tylko działalności naukowej. Nawet wśród nieprzyjaznych warunków politycznych chciało i umiało interesować się tem wszystkiem, w czem mogło współdziałać dla dobra tego miasta, tego kraju, całego społeczeństwa — całego narodu. Cóż dopiero teraz, gdy pęta opadły i przed oczyma stanął bezmiar pracy organizacyjnej na każdem polu. Lwów przeszedł w czasie historji, przeszedł i w czasie ostatniej zawieruchy dziejowej więcej, niż inne miasta polskie. Im więcej jednak przeszedł, a może właśnie dlatego, tem goręcej zabrał się do wspólnej budowy. Odbija się to wyraźnie na uchwałach naszego Towarzystwa. Nie naszem zadaniem przedstawić wszystkie objawy, w jakie obfituje kronika Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego w ostatniem dziesięcioleciu. Tętni tu życie i gorące serce, raz wraz przejawia się zebrane przez dziesiątki lat w trudnych warunkach doświadczenie szlachetna rywalizacja w pomysłach, troska wszystkich razem i każdego z osobna o dobro publiczne.

Z bogatej kroniki powojennej wybierzemy niektóre szczegóły, rzucające dostateczne światło na działalność naszego Towarzystwa z tego okresu:

---

[17]) A. C. LXXIII. str. 572.

[18]) A. C. LXXVI. str. 276—94.

[19]) Przypuszczenie Łozińskiego odnoszące się do Fryburga na Śląsku nie dało się poprzeć materjałem archiwalnym.

[20]) Ratsprotokoll z 12. XI. i 15. XI. 1557.

[21]) L. T. IV. str. 485—7.

[22]) A. C. XLIV. str. 1452.

[23]) Egzemplarz w Ossolineum. Sygn. 23175.

[24]) O losach ksiąg Fryderyka, Jana i Walerjana Alembeków por. notatki w katalogu Wystawy książki lwowskiej str. 101—104. Alembekowie posiadali również księgi ze zbioru G. J. Iwaszkowiczów.

[25]) A C LXXXIV. str. 344.

[26]) Ma większa praca obejmująca spis alfabetyczny dzieł lekarskich i przyrodniczych zestawiony na podstawie inwentarzy ukaże się niebawem w druku.

Na gruzach administracji zaborczej trzech dzielnic przemówiły przedewszystkiem Izby Lekarskie. Instynkt organizacyjny narodu naszego zbudził niezwłoczną potrzebę stworzenia jednolitej podstawy dla najwyższej magistratury lekarskiej w państwie polskiem. Hasło zostało rzucone już z wiosną 1919 roku. Towarzystwo Lekarskie Lwowskie bierze natychmiast udział w pracach około projektu ustawy o Izbach lekarskich [36]). W tym względzie mieliśmy chlubne tradycje. Wszak około ustawy o austrjackich Izbach Lekarskich w wielkiej mierze zasłużył się niegdyś Józef Rożański, jeden z najznakomitszych przewodników naszego Towarzystwa. On to walczył w pierwszych szeregach o stworzenie zawodowej reprezentacji stanu lekarskiego, on szerokim swym poglądem na projekt o Izbach Lekarskich budził podziw u obcych [37]), a kiedy Izby zostały ukonstytuowane on był pierwszym prezydentem Izby Lekarskiej we Lwowie (1893). Jeden z jego uczni i następców na fotelu Izby lwowskiej śp. Jan Papée, położył wielkie zasługi w przygotowaniu ustawy dla polskich Izb lekarskich, pozostawił szereg prac z tej dziedziny, a dzięki doświadczeniu i gruntownej znajomości przedmiotu, wytykał wady projektu, przedstawionego Sejmowi [38]).

Walne Zgromadzenie z dnia 25 marca 1919 uchwala interwencję naszego Towarzystwa w sprawie opłakanych stosunków sanitarnych w mieście po świeżo przebytych walkach ulicznych i okolicznych. Na wezwanie Ministerstwa Zdrowia bierze Towarzystwo udział w organizacji walki z szerzącym się w mieście i kraju durem osutkowym [39]). Nie zapomina Towarzystwo równocześnie przystąpić w charakterze członka dożywotniego do Towarzystwa popierania nauki polskiej [40]), jakoteż przyłączyć się do Związku Towarzystw Naukowych [41]). Żywe zainteresowanie obudza sprawa reformy szpitalnictwa. Po wysłuchaniu referatu kol. Jana Lenartowicza, opartego na projekcie Ministerstwa Zdrowia, Zarząd oświadcza się za upaństwowieniem szpitali, a przeciw oddaniu ich administracji, gminom [42]). Niemniejsze zainteresowanie budzi sprawa wychowania fizycznego. Powstaje wniosek kol. Władysława Hojnackiego, zmierzający do utworzenia katedry wychowania fizycznego na Uniwersytecie [43]). Zarząd protestuje przeciwko koncesjom na nowe lokale wyszynku napojów spirytusowych [44]), zabiera głos w sprawie służby wojskowej [45]), uchwala, aby się zwrócić do Głównego Urzędu Ziemskiego w Warszawie z wnioskiem o oddstępowanie z dóbr, objętych parcelacją, zabudowań mieszkalnych na spółdzielnie zawodowe, na siedzibę zrzeszeń urzędniczych, na konsorcja lekarskie, na zakłady lecznicze i sanatorja, a wreszcie o rezerwowanie w zdrojowiskach i stacjach klimatycznych terenów pod budowę szpitali zdrojowych, domów ludowych i pensjonatów [46]).

Sprawie odbudowy i rozbudowy Zdrojowisk polskich poświęcono szereg posiedzeń naukowych. Domagano się jak najrychlejszego utworzenia katedry balneologji i klimatoterapji [47]. W Ministerstwie zdrowia złożono memorjał przeciwko zamierzonemu przez rząd podniesieniu cen za kąpiele i mieszkania w zdrojowiskach państwowych [48]).

Bardzo doniosłą a zarazem groźną dla Lwowa była sprawa napływającej fali repatrjantów, a wraz z nimi chorób zakaźnych. Tu znowu przemawia Towarzystwo Lekarskie i wypracowuje odpowiednie memorjały do władz [49]).

Wobec mnożących się, niezgodnych z etyką i godzących w prawidłowe zaludnienie przykładów przerywania ciąży, zajęto się tą sprawą ze stanowiska lekarskiego, społecznego i prawnego i wybrano dla niej specjalną komisję [50]), inną komisję wybrano dla rozpatrzenia sprawy wykształcenia i kontroli akuszerek [51]).

Zajęto się całym szeregiem problemów opieki społecznej. Ochroną niemowląt [52]), zwalczaniem alkoholizmu [53]), sprawą zwalczania raka [54]).

[36]) Pos. Zarządu z dnia 8. IV. 1919.
[37]) Zob.: List ze Lwowa. *Przegl. Lek.* 1898. p. 533.
[38]) *Polskie Czasop. Lek.* 1921.
[39]) Pos. Zarządu z dnia 27. IX. 1919.
[40]) Pos. Zarządu z dnia 10. V. 1919.
[41]) Pos. Zarządu z dnia 25. X. 1919.
[42]) Pos. Zarządu z dnia 1. III. 1920.
[43]) Pos. Zarządu z dnia 28. IV. 1920.
[44]) Pos. Zarządu z dnia 19. I. 1921.
[45]) Pos. Zarządu z dnia 15. VII. 1920.
[46]) Pos. Zarządu z dnia 11. V. 1921.
[47]) Pos. Zarządu z dnia 11. V. 1921.
[48]) Pos. Zarządu z dnia 17. III. 1922.
[49]) Pos. Zarządu z dnia 27. I. 1922.
[50]) Pos. Zarządu z dnia 17. III. 1922.
[51]) Pos. Zarządu z dnia 10. III. 1922.
[52]) Pos. Zarządu z dn. 11. V., 3. VI. i 5. VI. 1921.
[53]) Pos. Zarządu z dnia 14. I. .1923.
[54]) Pos. Zarządu z dn .23. I. i 30. I. 1925.

Towarzystwo nasze pierwsze wystąpiło z inicjatywą w sprawie ochrony rodzimego przemysłu lekarskiego [55]), na Zjeździe Lekarzy słowiańskich w Warszawie (1927) złożyło szczegółowy wniosek w sprawie wymiany międzysłowiańskiej produktów aptecznych i przyrządów lekarskich, wreszcie wygotowało memorjał w sprawie zwalczania specyfików i leków zagranicznych (1927).

Oto garść przykładów, rzucających światło na usiłowania, o których wyżej wspomnieliśmy.

Nie zaniedbywano przytem wewnętrznej organizacji Towarzystwa.

Na wniosek kol. Kazimierza Orzechowskiego wprowadzono zmianę statutu, postanawiającą, że zwyczajnym członkiem Towarzystwa może być tylko lekarz narodowości polskiej [56]). Zmianę statutu uchwalił Zarząd dnia 8 kwietnia 1919, zmianę regulaminu dnia 8 listopada 1920. (Uchwała Walnego Zgromadzenia dnia 30 grudnia 1920). W r. 1924 uchwalono nowy regulamin posiedzeń naukowych [57]).

W r. 1920 utworzono dla członków Towarzystwa czytelnię w lokalu Polikliniki Powszechnej.

W r. 1925 wynajęto od Polikliniki 2 ubikacje na pomieszczenie biblioteki, przechowanej przez czas wojny w Bibljotece Uniwersyteckiej i przystąpiono do rozmieszczenia tego bogatego księgozbioru i do jego nowego skatalogowania opartego na nowoczesnych zasadach bibljotecznych.

Nie można tu pominąć sprawy organu Towarzystwa. Przedwojenny *„Tygodnik Lekarski"* nie został wskrzeszony. W latach 1915 — 1919 udzielił Towarzystwu naszemu gościny, jak już wspomnieliśmy, *„Przegląd Lekarski"*. W r. 1921 powstaje we Lwowie dzięki zabiegom Komitetu z prof. Witoldem Nowickim na czele, *„Polskie Czasopismo Lekarskie"* [58]), w r. 1922 *„Polska Gazeta Lekarska"*, jako połączenie dawnej „Gazety Lekarskiej", „Przeglądu Lekarskiego" i „Lwowskiego Tygodnika Lekarskiego". Dzieje organu naszego Towarzystwa przedstawił z okazji 50-lecia w osobnym szkicu historycznym zasłużony na polu redakcyjnem i organizacyjnem prof. Witold Nowicki [59]).

Ruch naukowy w ostatniem 20-leciu rozwijał się w Towarzystwie prawidłowo, z wyjątkiem wspomnianych wyżej okresów przerwy, spowodowanej wypadkami wojennemi. Szczegółowe zestawienia statystyczne z powodu tych samych wypadków, nie mogłyby mieć pożądanej ciągłości. Wiemy n. p., że odbywały się posiedzenia Towarzystwa, które nigdzie nie zostały opublikowane. Taką lukę spotykamy w latach 1914—1916, a potem pomiędzy posiedzeniem z dnia 20 czerwca 1919 i posiedzeniem z dnia 29 kwietnia 1921.

Rok	Ilość posiedzeń
1908	24
1909	36
1910	37
1911	34
1912	36
1913	37
1914	26 (?)
1915	2
1916	4 (?)
1917	13
1918	26
1919	4 (?)
1920	?
1921	32
1922	35
1923	31
1924	33
1925	34
1926	35
1927	32

[55]) Pos. Zarządu z dnia 28. XII. 1925.
[56]) Pos. Zarządu z dnia 14. XII. 1918.
[57]) *Polska Gaz. Lek.* 1924. p. 266.
[58]) Jako organ Towarzystw Lekarskich Krakowskiego i Lwowskiego, Towarzystwa Lekarzy Polskich b. Galicji, Towarzystw Lekarskich prowincjonalnych b. Kongresówki, Związku Lekarzy Polaków we Wilnie, Koła Łuckiego Związku Lekarzy P. P., Towarzystw Lekarskich zagranicznych w Chicago i Detroit, oraz Izb Lekarskich w Krakowie i Lwowie.
[59]) W. Nowicki: Z dziejów Lwowskiego Tygodnika Lekarskiego i jego następcy, organów Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego. (Z powodu 50-lecia tegoż Towarzystwa). *Polska Gaz. Lek.* 1928. Nr. 20—24.

Ilość członków uczestniczących w posiedzeniach nie daje się ustalić dokładnie, jak to już zauważył w swej kronice Herman. Zawsze będą to tylko liczby przybliżone. W czasie wojny, w latach inwazji rosyjskiej we Lwowie i wskutek ewakuacji miasta, spada ilość uczestników do minimum. W latach 1915, 1916, 1917 i 1918 ilość obecnych wynosi przeciętnie 33, 29, 23 i 32. Od r. 1921 zaczyna się stopniowy wzrost uczestników i dochodzi w latach ostatnich przeciętnie do setki.

Liczba członków Towarzystwa w stosunku do ogólnej ilości lekarzy we Lwowie zamieszkałych, nie upoważnia do wniosków o mniejszem lub większem zainteresowaniu się sprawami Towarzystwa. W miarę zwiększania się ogólnej liczby lekarzy, będzie wprawdzie zwiększała się bezwzględna ilość członków, ale odsetek należących do Towarzystwa będzie się zmniejszał. Przytoczymy tu parę liczb dla porównania. W r. 1867 należało do Towarzystwa z lekarzy zamieszkałych we Lwowie 82.5%, w r. 1877 należało 89%, w r. 1907: 66.7%, a w roku obecnym na 780 lekarzy zamieszkałych we Lwowie należy do Towarzystwa 270 członków, t. j. 28.8%.

Na ten stan rzeczy wpływają rozmaite przyczyny. I tak: cały szereg młodych lekarzy ogranicza swe wydatki z konieczności. Obecne koszty druku powodują zresztą znaczny stosunkowo wydatek na czasopismo, które każdy członek Towarzystwa obowiązany jest prenumerować. Warunek narodowościowy dla członków zwyczajnych powoduje grupowanie się około naszego Towarzystwa jedynie lekarzy narodowości polskiej.

Członków honorowych posiadało Towarzystwo dotychczas siedmnastu. Oprócz wymienionych wyżej, a mianowanych z okazji 30-letniego jubileuszu, mianowani byli członkami honorowymi następujący zasłużeni Koledzy:

ś. p. Dr. Bolesław Głowacki ze Lwowa (1908),
ś. p. Prof. Dr. Napoleon Cybulski z Krakowa (1910),
Dr. Stanisław Łazarewicz z Poznania (1913),
Prof. Dr. Antoni Gluziński ze Lwowa (1919),
Prof. Dr. Kazimierz Kostanecki z Krakowa (1924).
Dr. Seweryn Sterling z Łodzi (1924).

Z ich liczby jedenastu już śmierć zabrała. Zmarli:
ś. p. Baranowski Ignacy (1919),
ś. p. Biegański Władysław (1917),
ś. p. Browicz Tadeusz (1928),
ś. p. Cybulski Napoleon (1919),
ś. p. Festenburg Edward (1914),
ś. p. Głowacki Bolesław (1914),
ś. p. Kosiński Julian (1914),
ś. p. Laskowski Zygmunt (1928),
ś. p. Merunowicz Józef (1912),
ś. p. Święcicki Heljodor (1923),
ś. p. Szuman Leon (1920).

Cześć Ich pamięci!

Na wzór poprzedniej kroniki podajemy z kolei poczet przewodniczących naszego Towarzystwa, urzędujących w ostatniem 20-leciu, wraz z najzwięźlejszemi szczegółami biograficznymi.

Oto Oni:

1908. Wilhelm Pisek, urodzony w Krakowie 1856 r. promowany tamże w r. 1879. Dzięki zamiłowaniu do pracy anatomicznej i anatomo-patologicznej zostaje jako stud. V r. medycyny mianowany asystentem przy katedrze anatomji patologicznej u prof. Browicza. Studja swe w tym kierunku uzupełniał także za granicą a w szczególności we Wrocławiu. W r. 1882 przenosi się do Lwowa, odbywa praktykę w Szpitalu powszechnym, pełni także obowiązki zastępcy prosektora prof. Feigla. Poświęciwszy się następnie wyłącznie medycynie wewnętrznej, bierze udział w założeniu „Powszechnej lecznicy bezpłatnej", gdzie obejmuje czynności ordynatora oddziału wewnętrznego. W r. 1903 zostaje prymarjuszem oddziału wewnętrznego w Szpitalu im. Lazarusa. Bierze udział w licznych kongresach lekarskich i zagranicznych. Od r. 1893 do roku 1927 pełni nieprzerwanie obowiązki radnego miejskiego i zajmuje się gorliwie sprawami zdrowotnemi naszego miasta. Członkiem Tow. Lek. lw. jest od roku 1882. Jest członkiem korespondentem Towarzystwa: Spolek ceskych lékaru.

1909 i 1910. Roman Rencki, urodzony w Rzeszowie w r. 1867 ukończył Wydział Lekarski w Krakowie, promowany tamże w r. 1893. W tymże roku wstąpił do Krakowskiej Kliniki lekarskiej, mianowany elewem rządowym, zaś 1896 r. asystentem tejże kliniki. W r. 1894 pełnił przez kilka miesięcy obowiązki lekarza epidemicznego podczas panującej epidemji cholery. W r. 1897 mianowany 1-szym asystentem Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu J. K., bierze czynny udział przy założeniu, urządzaniu i wprowadzeniu w ruch nowo otworzonej kliniki lekarskiej, i obowiązki asystenta klinicznego pełni przez lat pięć. W r. 1902 otrzymuje veniam legendi, a w r. 1908 tytuł nadzwyczajnego profesora z zakresu patologji i terapji szczegółowej chorób wewnętrznych. W r. 1911 mianowany profesorem nadzwyczajnym. Od roku 1915 do 1920 prowadzi II oddział chorób wewnętrznych szpitala powszechnego. W r. 1920 zostaje zwyczajnym profesorem patologji i terapji szczegółowej chorób wewnętrznych, a zarazem kierownikiem kliniki chorób wewnętrznych, którą w następnych latach rozbudowuje, powiększa w dwójnasób liczbę łóżek i zaopatruje w nowoczesne środki diagnostyczne i lecznicze. Jest członkiem Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego od r. 1897. Od roku 1900 pracuje nieprzerwanie w Zarządzie Towarzystwa, w tym czasie pełni obowiązki sekretarza stałego i wiceprezesa. Jako inicjator myśli budowy domu naszego Towarzystwa pracuje nad jej zrealizowaniem od roku 1907. Nadto pracuje gorliwie w Zarządzie Towarzystwa lekarzy b. Galicji i oddaje niespożyte zasługi zarówno pod względem organizacji tego Towarzystwa jak w szczególności na polu zagospodarowania i eksploatacji Morszyna. Od roku 1921 pełni obowiązki prezesa tego Towarzystwa. W r. 1925 i 26 był dziekanem, w 1927 r. prodziekanem Wydziału lekarskiego. Jest członkiem honorowym Towarzystw lekarskich lubelskiego i częstochowskiego.

1911. Włodzimierz Sieradzki, urodzony w Wieliczce w r. 1870, promowany w r. 1894 w Krakowie. Był asystentem i docentem medycyny sądowej na Uniwersytecie Jagiellońskim, przez rok przebywał na studjach w Paryżu. W r. 1898 powołany do Uniwersytetu lwowskiego w charakterze zastępcy profesora medycyny sądowej został następnie zamianowany w r. 1900 nadzwyczajnym, w r. 1905 zwyczajnym profesorem na tej katedrze. Był dziekanem Wydziału lekarskiego w latach 1908/09, 1918/19 i 1919/20, Rektorem w r. 1924/25. W r. 1920 służył w armji polskiej jako ochotnik i przez pewien czas był szefem sanitarnym Małopolskich Oddziałów Armji Ochotniczej w rejonie Lwowa. Był członkiem Wydziału Wschodnio-galicyjskiej Izby lekarskiej, krajowej Rady zdrowia, jest obecnie członkiem Państwowej Rady zdrowia w Warszawie. Jest członkiem honorowym Towarzystwa Lekarskiego wileńskiego, posiada odznakę „Orląt" i Krzyż kawalerski francuskiej Legji honorowej. Członkiem Towarzystwa lekarskiego najpierw krakowskiego, potem lwowskiego jest od czasu uzyskania doktoratu. Przez szereg lat pracował w Zarządzie Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego, był jego bibljotekarzem, a później wiceprezesem. Był redaktorem „Lwowskiego Tygodnika lekarskiego" (od r. 1907 do 1908).

1912. Bronisław Nałęcz Skałkowski, urodzony w r. 1863 w Złoczowie, Wydział lekarski ukończył we Wiedniu, tamże promowany w r. 1886. Kształcił się potem w szpitalach i klinikach wiedeńskich, ostatnio w klinice Chrobaka, którą opuszcza w r. 1891, jako asystent kliniczny. Z początkiem 1892 r. osiedla się we Lwowie jako lekarz praktykujący w zakresie położnictwa i ginekologji. Rozpoczyna wkrótce pracę w Poliklinice lwowskiej, gdzie przez lat zwyż 20 piastuje godność wicedyrektora. Przez długie lata pełni obowiązki konsulenta sanitarnego w Zakładzie ubezpieczenia robotników od wypadków, a także rzeczoznawcy w Wyższym Sądzie krajowym. Jako gorliwy zwolennik międzynarodowego języka „Esperanto" mianowany za zasługi w r. 1912 członkiem honorowym Lwowskiego Towarzystwa Esperantystów. Bierze udział w wojnie światowej, najpierw w armji austrjackiej, a w latach 1918—1920 w armji polskiej jako dowódca szpitala w Domu Inwalidów. Ozdobiony krzyżem obrony Lwowa i Orlętami. W r. 1921 obejmuje czynności lekarza przy fundacji im. Pietruskich w Rudzie.

1913. Adam Bednarski, urodzony w Podgórzu w r. 1869. Promowany w Krakowie r. 1894. Był praktykantem szpitala św. Łazarza w Krakowie w r. 1894—1895, potem, przez pół roku, asystentem zakładu okulistycznego prof. Bol. Wicherkiewicza w Poznaniu, a następnie asystentem kliniki okulistycznej w Krakowie w r. 1896 — 1898. W r. 1898 przeniósł się do Lwowa, gdzie był asystentem kliniki okulistycznej od r. 1898—1901. Habilitował się w r. 1902. Od r. 1904 do 1922 był ordynatorem oddziału ocznego dla dzieci w szpitalu św. Zofji. Był redaktorem Lwow. Tyg. Lek. w r. 1908—1909. W r. 1909 otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego, a w r. 1917 został mianowany profesorem nadzwyczajnym. Był dziekanem Wydziału lekarskiego w r. 1921. W r. 1922 mianowany profesorem zwyczajnym i kierownikiem kliniki okulistycznej.

1914. Kalikst Franciszek dw. imion Krzyżanowski, urodzony w Żółkwi w r. 1862, promowany we Wiedniu w r. 1888. Egzamin fizykacki złożył w r. 1892 w Krakowie. Odbył 4-letnią praktykę szpitalną we Lwowie, także trzyletnią praktykę aptekarską. Od roku 1892 poświęcił się publicznej służbie zdrowia, przechodząc kolejno stanowiska: praktykanta Departamentu sanitarnego przy Namiestnictwie we Lwowie, następnie asystenta sanitarnego, koncepisty sanitarnego we Lwowie i Podhajcach, lekarza powiatowego w Podhajcach, starszego lekarza powiatowego we Lwowie i krajowego inspektora sanitarnego. Po powstaniu Państwa Polskiego powołany w r. 1919 na stanowisko Dyrektora

Okręgowego Urzędu Zdrowia w Warszawie. W r. 1920 mianowany dyrektorem Państw. Szpitala pow. we Lwowie, poczem przechodzi w stan spoczynku w r. 1925. Od. r. 1894 był członkiem Wydziału Galicyjskiego Stowarzyszenia Czerwonego Krzyża. W Lwowskiem Towarzystwie Lekarskiem zajmował się gorliwie pracami Komisji przemysłowej lekarskiej; w r. 1907 zorganizował wystawę przyrodniczo-lekarską X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie; w r. 1910 zorganizował I Polski Zjazd przemysłowo-balneologiczny i należał do inicjatorów i organizatorów Związku Zdrojowisk i uzdrowisk. Po przejściu w stan spoczynku służbowego objął techniczną i odpowiedzialną redakcję Polskiej Gazety Lekarskiej, przy której redaguje samodzielnie dodatek pod tytułem „Praktyka lekarska".

1915 i 1916. Ś. p. Paweł Kučera, urodził się w 1872 roku w Stampachu w Czechach. Studja uniwersyteckie ukończył na czeskim uniwersytecie w Pradze w roku 1896. Jako demonstrator Zakładu Anatomji patologicznej prof. Hlavy, kształcił się w Anatomji patologicznej, patologji i bakterjologji. W roku 1896 przybył razem z prof. Andrzejem Obrzutem do Lwowa na świeżo otwarty fakultet medyczny, zorganizował i urządził wspólnie z nim Zakład anatomji patologicznej, pracując w tym Zakładzie przez 10 lat jako asystent. W roku 1901 habilitował się jako docent anatomji patologicznej. W okresie tym kilkakrotnie udawał się w podróże naukowe po uniwersytetach i Zakładach szwajcarskich, niemieckich i francuskich. W r. 1906 zamianowany został nadzwyczajnym profesorem higjeny i objął kierownictwo Zakładu higjeny Uniwersytetu lwowskiego. Od roku 1907 był członkiem Krajowej Rady Zdrowia, od r. 1908 członkiem korespondentem Tow. czeskich lekarzy w Pradze. W r. 1912 mianowany zwyczajnym profesorem higjeny, w r. 1913 zaś członkiem Najwyższej Rady Zdrowia we Wiedniu. W czasie wojny światowej mianowany pułkownikiem-lekarzem, kierował wojskowem laboratorjum epidemicznem we własnym Zakładzie. W r. 1919 mianowany zwyczajnym profesorem anatomji patologicznej w Uniwersytecie Masaryka w Bernie morawskiem, zostaje w r. 1920 wybrany Rektorem tegoż Uniwersytetu. W r. 1923 mianowany naczelnym dyrektorem Państwowego Zakładu Zdrowia w Pradze, przenosi się z Berna do Pragi i organizuje ten nowy Zakład przy wydatnej pomocy Instytutu Rockefellera. Zmarł w Pradze, dnia 17 kwietnia 1928 r. Od roku 1900 pracował w łonie Wydziału naszego Towarzystwa, pełniąc między innemi obowiązki sekretarza stałego w latach 1904—1906. Z ramienia Wydziału Towarzystwa lekarskiego zredagował w r. 1904 katalog obejmujący wszystkie pisma naukowe abonowane we Lwowie.

1917. Ś. p. Władysław Kohlberger, urodzony w r. 1856 w Przemyślanach. Promowany w Krakowie w r. 1881 pracuje przy katedrze chemji lekarskiej. Uzyskawszy stypendjum wyjeżdża do Lipska, gdzie przez trzy lata pracuje w Zakładzie fizjologicznym prof. Ludwiga. Po powrocie do kraju pracuje przez pewien czas w szpitalu św. Łazarza w Krakowie na oddziale chorób umysłowych, a od roku 1889 w Krajowym Zakładzie dla umysłowo chorych w Kulparkowie kolejno jako sekundarjusz, prymarjusz, z końcem 1901 r. obejmuje kierownictwo Zakładu, zostając wkrótce jego dyrektorem. W r. 1913 obchodzono uroczyście jubileusz jego 25-letniej działalności na polu psychiatrji. W r. 1925 przechodzi w stały stan spoczynku. Piastuje godność przewodniczącego Lwowskiego Oddziału Towarzystwa Psychiatrycznego, sprawuje przez szereg lat obowiazki wiceprezesa lwowskiej Izby lekarskiej. Zmarł w roku 1925.

1918. Ś. p. Józef Hornowski, urodzony w 1874 roku w Warszawie, tamże otrzymuje stopień lekarza w r. 1900. Pracuje czas jakiś w szpitalu na Pradze, pełniąc tam równocześnie obowiązki prosektora. W 1907 r. przenosi się do Lwowa, by objąć obowiązki asystenta w Instytucie anatomji patologicznej. W r. 1911 otrzymuje veniam legendi z anatomji patologicznej, a w r. 1917 tytuł profesora nadwyczajnego. Wr. 1912 obejmuje prosekturę w Zakładzie dla umysłowo chorych w Kulparkowie i urządza tam w sposób postępowy pracownię naukową i prosektorjum. W r. 1918 bierze udział w obronie Lwowa, niosąc pomoc lekarską, za co odznaczonym zostaje Krzyżem obrońców Lwowa. W 1919 roku przenosi się do Warszawy, aby objąć katedrę anatomji patologicznej na tamtejszym Uniwersytecie. Był członkiem Akademji Umiejętności, Akademji nauk lekarskich, przewodniczącym Polskiego Towarzystwa biologicznego, członkiem redakcji lwow. Tygodnika lekarskiego, przez pewien czas redaktorem Gazety lekarskiej. Pełnił przez szereg lat obowiązki członka Zarządu Lwow. Tow. Lek. jako sekretarz doroczny a następnie stały. Zmarł w 1923 roku.

1919. Ś. p. Kazimierz Trzcieniecki, urodzony w roku 1862 we Lwowie, promowany w r. 1886 w Gracu. Był asystentem prof. Schroettera we Wiedniu. W r. 1893 osiadł we Lwowie i pracował parę lat w tutejszym szpitalu, głównie w zakresie laryngologji. W tejże specjalności następnie praktykował. Od r. 1909 był dyrektorem Polikliniki powszechnej. W czasie wojny pracował jako ordynator w jednym ze szpitali Czerwonego Krzyża. Przez szereg lat był czynny w Kasie chorych, nadto w zarządzie Izby lekarskiej. W Towarzystwie naszem pełnił obowiązki członka Zarządu, następnie Skarbnika.

1920 i 1921. Witold Nowicki, urodzony w roku 1878 w Bochni, promowany w Krakowie w r. 1902. Po krótkim pobycie w krakowskiej klinice pedjatrycznej zostaje asystentem przy katedrze anatomji patologicznej we Lwowie. W r. 1909 habilituje się, w r. 1913 mianowany rzecz. profesorem nadzwyczajnym, w r. 1919 profesorem zwyczajnym anatomji patologicznej. W r. 1910 obejmuje redakcję Lwow. Tyg. Lek. i prowadzi to pismo aż do jego zwinięcia t. j. do r. 1921. W dalszym ciągu obejmuje obowiązki redaktora Pol. Czasopisma Lekarskiego, a potem Pol. Gazety Lekarskiej z ramienia Lwow. Tow. Lek. Jest członkiem zwyczajnym Akademji nauk lekarskich w Warszawie i Towarzystwa naukowego we Lwowie, b. dziekanem Wydz. lek. U. J. K., b. wiceprezydentem Izby lek. lwowskiej, członkiem honorowym Towarzystwa lekarskiego częstochowskiego, lubelskiego i wileńskiego, ostatnio prezesem Pol. Twa Higjenicznego we Lwowie. Od roku 1904 jest członkiem Lw. Tow. Lek. w którego Wydziale pełnił obowiązki sekretarza dorocznego w r. 1908

1922. Marjan Franke, urodzony we Lwowie 1877 roku. Studja uniwersyteckie odbywa we Lwowie i we Wiedniu, promowany w Wiedniu w r. 1900. Potem pracuje w klinice wewnętrznej we Lwowie, habilitowany w r. 1908, a w r. 1916 mianowany tytularnym profesorem nadzwyczajnym medycyny wewnętrznej. W roku 1920 mianowany profesorem zwyczajnym patologji ogólnej i doświadczalnej. W armji polskiej pełni obowiązki majora, a potem podpułkownika lekarza i otrzymuje odznakę „Orlęta". W roku 1921 powołany na członka Towarzystwa naukowego we Lwowie, a w roku 1922, na członka korespondenta Akademji nauk lekarskich w Warszawie.

1923. Ignacy Zieliński, urodzony w r. 1871 w Łańcucie, promowany w r. 1895 w Krakowie. Od r. 1894 pobierał stypendjum wojskowe przeznaczone dla przyszłych zawodowych lekarzy wojskowych. Służbę tę rozpoczął po uzyskaniu dyplomu, pozostał w armji austrjackiej aż do końca wojny światowej, przechodząc kolejno stanowiska od lekarza aspiranta aż do lekarza podpułkownika i szefa sanitarnego dywizji piechoty, wreszcie komendanta szpitala zapasowego w Krakowie. Po ogłoszeniu niepodległości Państwa Polskiego mianowany komendantem szpitala okręgowego w Krakowie, potem organizuje Szpital Ujazdowski w Warszawie i zostaje jego komendantem. W r. 1920 mianowany pułkownikiem lekarzem i powołany na stanowisko Szefa sanitarnego przy D. O. K. VI we Lwowie, w r. 1922 mianowany generałem brygady w r. 1927 przechodzi w stan spoczynku. Za zasługi położone dla armji na polu służby zdrowia otrzymuje w r. 1925 Złoty Krzyż zasługi. Polski Czerwony Krzyż odznaczył go dyplomem honorowym. Był członkiem zwyczajnym Państw. Rady Zdrowia, jest członkiem Rady Izby lekarskiej we Lwowie, członkiem honorowym Wileńskiego Tow. lekarskiego.

1924. Teofil Zalewski, urodzony w Gombinie w r. 1872. Na Wydział lekarski zapisuje się w Warszawie, jednakże z powodu patrjotycznej działalności politycznej skazany przez władze rosyjskie na trzyletnie wydalenie do północnych gubernji, uchodzi do Krakowa, gdzie kończy studja i promuje się w r. 1896. Bezpośrednio potem wstępuje do Krakowskiej Kliniki chirurgicznej, poczem wraz z ś. p. prof. Rydygierem przenosi się do Lwowa. Studja uzupełniające z zakresu laryngologji i otjatrji odbywa we Wiedniu i Berlinie w latach 1898—1900. Habilitowany w r. 1907 jako docent otjatrji, tytuł profesora nadzwyczajnego otrzymuje w r. 1917, profesorem otolaryngologji zostaje w 1919. W czasie wojny światowej służył w armji austrjackiej, a w latach 1918—1921 w armji polskiej, jest pułkownikiem-lekarzem w rezerwie.

1925. Kazimierz Kotwicz Zgórski, urodzony w roku 1861 w Rozwadowie, promowany w Krakowie w r. 1884. Po odbyciu 4-letniej praktyki szpitalnej rozpoczyna praktykę lekarską w zakresie chorób wewnętrznych. Od roku 1889 pełni obowiązki lekarza kolejowego, od roku 1895 obowiązki Naczelnika Wydziału Sanitarnego w Dyrekcji Kolei państwowych we Lwowie. Od roku 1901 wykłada jako docent higjeny w Seminarjum nauczycielskiem, od 1919 r. wykłada higienę na Politechnice Lwowskiej. Odznaczony orderem Polonia restituta.

1926. Jan Grek, urodzony w Chorostkowie w r. 1875, promowany we Lwowie w r. 1901. Jako słuchacz medycyny pełni obowiązki demonstratora, a następnie asystenta przy katedrze histologji we Lwowie. Po otrzymaniu dyplomu rozpoczął praktykę lekarską w klinice chorób wewnętrznych, gdzie w r. 1907 mianowany asystentem pozostaje na tem stanowisku aż do końca

roku 1912. Następnie rozpoczyna praktykę prywatną we Lwowie, a w czasie wojny pełni obowiązkową służbę w armji austrjackiej, najpierw jako lekarz asystent, w końcu jako lekarz kapitan. Bezpośrednio po tem przechodzi do armji polskiej, zostaje mianowany zastępcą komendanta, a następnie komendantem Szpitala epidemicznego we Lwowie. W roku 1920 otrzymuje rangę podpułkownika, a następnie pułkownika - lekarza w rezerwie. W r. 1921 habilituje się w patologji i terapji szczegółowej chorób wewnętrznych, w tymże roku otrzymuje stanowisko adjunkta kliniki chorób wewnętrznych. Członkiem Lwow. Tow. Lek. jest od roku 1902, w r. 1925 pełnił obowiązki wiceprezesa. a obecnie sekretarza stałego.

1927 i 1928. W i t o ł d Z i e m b i c k i, urodzony we Lwowie w r 1874, studja lekarskie odbywał w Krakowie i Lwowie, promowany we Lwowie w 1900 r. Bezpośrednio potem wstąpił na praktykę do szpitala powszechnego we Lwowie, a od r. 1901—1907 pracował w klinice chorób wewnętrznych jako elew, demonstrator, w końcu asystent, z przerwą jednoroczną, w którym to czasie odbył praktykę uzupełniającą w Zurichu, Paryżu, a zwłaszcza w Strasburgu. W r. 1907 mianowany chemikiem Szpitala powszechnego we Lwowie, w 1909 r. kierownikiem, a w r. 1910 prymarjuszem Oddziału chorób wewnętrznych w tymże Szpitalu. Jako członek Wydziału Krajowego Stowarzyszenia Czerwonego Krzyża został w r. 1914 powołany na stanowisko lekarza naczelnego tego Stowarzyszenia. W r. 1918 mianowany dyrektorem Szpitala powszechnego we Lwowie. Po powstaniu zaś Państwa Polskiego zgłasza się jako ochotnik do dyspozycji wojskowej; otrzymuje rangę majora - lekarza i pełni obowiązki sekretarza Wojskowej Rady Sanitarnej w Warszawie. W r. 1921 powraca ponownie na stanowisko prymarjusza w Szpitalu lwowskim. Członkiem Tow. Lek. Lw. jest od roku 1901, szereg lat pracował w Wydziale jako sekretarz doroczny, sekretarz stały, wiceprezes. Jest założycielem Koła naukowego lekarzy szpitalnych we Lwowie, prezesem Tow historji medycyny, członkiem zarządu wielu innych towarzystw

Z wymienionych prezesów opuściło nas już czterech na zawsze, są to:

Ś. p. Kazimierz T r z c i e n i e c k i (zmarł 25 października 1922 roku).

Ś. p. Józef H o r n o w s k i (zmarł 9 września 1923 r.).

Ś. p. Władysław K o h l b e r g e r (zmarł 23 grudnia 1925 r.).

Ś. p. Paweł K u č e r a (zmarł 17 kwietnia 1928 r.).

Cześć Ich pamięci!

Dziwnym zbiegiem okoliczności są to Ci wszyscy, którzy Towarzystwu naszemu przewodzili w czasie najgorszych dla miasta przejść wojennych. K u č e r a objął ster Towarzystwa osieroconego w czasie inwazji rosyjskiej i sprawował swe trudne rządy w latach 1915 i 1916. K o h l b e r g e r bezpośrednio po nim w r.

Skład Wydziału Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego
1908—1928.

Rok	Prezes	Wiceprezes	Sekretarz stały	Sekretarz doroczny	Skarbnik	Bibljotekarz	Gospodarz
1908	Wilhelm Pisek	Józef Szpilman	Witołd Ziembicki	Witołd Nowicki	Adam Bednarski	Wiktor Reis	Edward Festenburg
1909	Roman Rencki	Stanisław Kwiatkiewicz	„	Józef Hornowski	Witołd Nowicki	„	„
1910	„	Włodzimierz Sieradzki i Stanisław Kwiatkiewicz	„	„	Jan Papée	Władysław Szumowski	„
1911	Włodzimierz Sieradzki	Kazimierz Trzcieniecki	Józef Hornowski	Mieczysław Konopacki	„	„	„
1912	Bronisław Skalkowski	Salomon Ruff	„	Marjan Pańczyszyn	Wincenty Czernecki	„	Roman Rencki
1913	Adam Bednarski	Franciszek Janda	„	Franciszek Toczyski	„	„	„
1914	Kalikst Krzyżanowski	—	—	Zdzisław Szczepański	—	—	—
1915	Paweł Kučera	—	—	„	—	—	—
1916	„	—	—	„	—	—	—
1917	Władysław Kohlberger	Józef Hornowski	Jan Papée	Kazimierz Bocheński	Jan Lenartowicz	—	—
1918	Józef Hornowski	Kazimierz Trzcieniecki	Kazimierz Bocheński	Adrjan Demianowski	„	Kazimierz Orzechowski	Roman Rencki
1919	Kazimierz Trzcieniecki	Witołd Nowicki	„	Helena Schusterówna	„	„	„
1920	Witold Nowicki	Jan Papée	„	„	Teofil Zalewski	Franciszek Groer	Kazimierz Trzcieniecki
1921	„	Marjan Franke	„	Aleksander Zakrzewski	„	„	„
1922	Marjan Franke	Michał Świątkiewicz	„	Franciszek Kmietowicz	„	„	„
1923	Ignacy Zieliński	Teofil Zalewski	„	Wiktor Janusz	Mieczysław Świtalski	„	Leopold Schellenberg
1924	Teofil Zalewski	Zenon Leńko	Romuald Węglowski	Tadeusz Falkiewicz	„	„	„
1925	Kazimierz Zgórski	Jan Grek	„	Kazimierz Tyszka	Stanisław Zabłocki	Eugenjusz Wajgiel	„
1926	Jan Grek	Witołd Ziembicki	„	„	„	Jerzy Goertz	„
1927 i 1928	Witołd Ziembicki	Napoleon Gąsiorowski	Jan Grek	Witold Grabowski	„	„	Antoni Sabatowski

1917. Hornowski zaś, a po nim Trzcieniecki w tragicznych dla Lwowa latach 1918 i 1919.

Po ciężkich trudach odeszli i spoczęli. Ale pamięć ich rzuca blask na naszą historię. Nie zapomnijmy, że wśród ich nazwisk znajduje się nazwisko pobratymca, Czecha, który Polskę i Lwów uważał za drugą swą Ojczyznę, który dla tej drugiej ojczyzny zasłużył się jak syn jej najlepszy i jak syn jej rodzony radował się, gdy nadeszła chwila triumfu.

Zakończmy na wspomnieniu tej pięknej postaci tę oto krótką kronikę naszego Towarzystwa. Dla jej uzupełnienia podajemy jeszcze w postaci osobnej tablicy wykaz urzędujących w latach 1908—1927 członków Zarządu Towarzystwa. Wszak tym, którzy w tym okresie pracowali, danem było doczekać ziszczenia marzeń, przyświecających niegdyś naszym poprzednikom.

Kiedy Herman z uniesieniem pisał o pierwszym prezesie lwewskiego zrzeszenia lekarskiego, Maciejowskim, który jako lekarz wojsk polskich z r. 1831 był świadkiem wznowionych, a potem tak zawiedzionych nadziei narodowych — kiedy to Herman pisał, nie przypuszczał pewnie, że następna kronika Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego powstanie już w czasie nietylko rzewnych wspomnień o polskich ułanach i powstańczych piosnkach, ale w czasie wskrzeszonych ułanów i pieśni zwycięstwa.

Źródła.
„Przegląd Lekarski" — wszystkie roczniki.
„Lwowski Tygodnik Lekarski" — wszystkie roczniki.
„Polskie Czasopismo Lekarskie" Lwów 1921.
„Polska Gazeta Lekarska", roczniki od 1922 do 1927.
Rocznik Towarzystwa Lekarzów Galicyjskich, oba roczniki (1868 i 1869).
„Służba zdrowia" r. 1872.
Protokoły posiedzeń Zarządu Twa Lekarskiego Lwowskiego. (Archiwum Towarzystwa).
Kronika Uniwersytetu Lwowskiego t. I. i II.
Skład Uniwersytetu Lwowskiego w latach akademickich 1925/6 i 1926/7.
Finkel-Starzyński: Historja Uniwersytetu Lwowskiego. Lwów 1894.
Prace Zakładów Anatomji patolog. Uniwersytetów polskich. t. I. 1924.
Słownik Lekarzów Polskich Kośmińskiego.
Korespondencja prywatna, przeprowadzona z b. prezesami Twa Lek. Lwowskiego lub z ich rodzinami.
Herman: Z kroniki Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego z powodu 30-letniej rocznicy. Lwów 1907.
Dwutygodnik Medycyny Publicznej, wszystkie 4 roczniki (1877—1880).
Sprawozdania Rady Zawiadowczej Twa Lekarzy Galicyjskich.

OCENY.

Dr. P. Orlowski: *Die Impotenz des Mannes.* Wydanie 4-te, stron 246, nakład: Curt Cabitsch, Lipsk 1928. Rysunków 43, barwnych tablic 5.

Już to, że książka ukazuje się w 4-tym wydaniu dowodzi, że cieszy się poczytnością i rzeczywiście zasługuje na nią. Autor nie stara się poczytność swej pracy zdobyć drastycznemi przykładami zwyrodnień na tle płciowem, ani przytaczaniem odpowiednich historji chorób, które często w innych podobnych pracach przytaczane są w nadmiernej ilości, lecz ściśle naukowem i poważnem opracowaniem tematu.

W pierwszej połowie książki autor wyczerpująco omawia anatomję i fizjologję sprawności płciowej, drogi nerwowe wiodące od narządów centralnych do aparatów płciowych, jakoteż patologię zdolności płciowych. Obszernie zajmuje się i poświęca osobny rozdział zmianom na wzgórku nasiennym zatytułowany: Kollikulitis.

W rozdziale tym autor omawia technikę wziernikowania cewki moczowej, przyrządy służące do stwierdzenia zmian chorobowych, które najczęściej umiejscawiają się na wzgórku nasiennym, jakoteż przyrządy służące do leczenia stwierdzonych zmian. Do rozdziału tego należy największa część rysunków, obrazów histologicznych, anatomicznych, fotografij przyrządów do badania i leczenia zmian chorobowych, jakoteż barwne tablice przedstawiające wzgórek nasienny widziany w wzierniku w stanie normalnym, jak i chorobowo zmienionym. W następnych rozdziałach zajmuje się neurastenją płciową i niesprawnością płciową natury psychicznej, wreszcie prognozą wszystkich form niesprawności. Rokowanie zależy, według autora, od tego, czy przyczyna niezdolności płciowej ma swe źródło w przeroście wzgórka płciowego, czy w niesprawności na tle psychicznem od okoliczności w jakich dany chory wykonuje swój akt płciowy, czy wreszcie od wieku chorego. Jeżeli przyczyna choroby tkwi jedynie w przeroście wzgórka płciowego, leczenie z reguły dopina swego celu. Jeżeli, jak często bywa u onanistów prócz przerostu wzgórka istnieje jeszcze przyczyna niesprawności psychiczna, nadzieja wyleczenia maleje z ciężkością zmian psychicznych. Niezdolność płciowa na tle czysto psychicznem zaliczana jest przez autora do przypadków o przebiegu ciężkim i nie łatwem do leczenia. Niesprawność wynikła od okoliczności więc np. brak podniety przy danej partnerce itp. usunąć nie jest zbyt trudno. Przy niezdolności płciowej wiek nie odgrywa zwykle takiej wagi, jaką mu często przypisują a przyczyny trzeba szukać w przeżyciach płciowych chorego i często 50-cio letni chory łatwiej daje się wyleczyć, niż 20-stoletni.

Niemal połowę pracy poświęca autor leczeniu niezdolności płciowej, omawia krytycznie leczenie psychoanalizą, zabiegami Steinacha i Voronoffa, jakoteż innych metod mających służyć odmłodzeniu. Ostatni rozdział nosi tytuł: Impotencja generandi.

Co najmniej niepotrzebnie przytacza na str. 111 u dołu słowa: „polnisches Schwein".

A. Weber (Kraków).

Dr. Georg Simon-Aprath: *Die offene Lungentuberkulose des Schulalters.* Nakład: Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1928, stron 107.

Autor omawiając gruźlicę otwartą w wieku szkolnym przedstawia cyfrowo ilość zachorzeń w tym wieku. Z własnych obserwacyj przytacza 83 przypadków chorobowych, których przebieg przedstawia następujące: 6.4% klinicznie wyleczonych, 11.5% o dobrem samopoczuciu, 10.3% chorych niezdolnych do pracy, 71.8% zmarło.

Statystyka innych autorów jest nieco odmienna. Birk n. p. twierdzi, że gruźlica płuc otwarta — wieku szkolnego prowadzi prawie zawsze do śmierci. Według Kreutzer'a gruźlica otwarta płuc trwa u dziecka w wieku szkolnym około 1.1 roku. Okres ten u dziewcząt jest znacznie krótszy, ze względu na wcześniejszy rozwój płciowy. Przeciętny procent wyleczonych dochodzi do 10%. Autor dalej podaje wykaz 30 chorych wyleczonych klinicznie — dołączając krótką anamnezę, skiagramy przedstawiające przebieg włóknienia zmian swoistych w płucach. Wyleczeni chorzy są zdolni do pracy i bez objawów chorobowych. Oprócz przypadków wyleczonych, przytacza obserwacje chorych i zmarłych. Pozatem opisuje gruźlicę uogólnioną a także gruźlicę w okresie dojrzewania zaczynającą się grypą względnie zapaleniem opłucnej. Dalej opisuje usadowienie i wygląd ognisk wczesnych w płucach i ich progresję — zajęcie gruczołów wnękowych, przebicie do oskrzeli, które częstokroć powodują nagłe zejście śmiertelne. Wspomina o wieku w którym stosunkowo najczęściej mają występować objawy zachorzenia.

Książka zawiera 60 skiagramów, które przedstawiają stan płuc przed leczeniem i podczas leczenia. Omawiane przypadki chorobowe przedstawiają całokształt schorzenia — początek, przebieg i różne odchylenia w tej tak ważnej chorobie, i dlatego właśnie ta książka ma doniosłe znaczenie.

Po interpretacji samego schorzenia przechodzi z kolei do leczenia operacyjnego. Przedstawia przypadki leczone odmą i dołączając do tego skiagramy wykazujące przebieg leczenia.

Pozatem podaje wskazania do założenia odmy. W razie obecności zrostów opłucnowych twierdzi o możliwości przypalenia ich posługując się przytem torakoskopją. Autor przytacza nawet przypadki leczone odmą obustronną. Przy niemożliwości założenia odmy autor wykonuje phrenicotomję względnie thoracoplastykę ekstrapleuralną — przebiegi te również ilustruje skiagramami.

Dr. Tunia.

Henryk Higier: *Lekarz a lecznictwo (Hypochondria iatrogenetica).* Warszawa 1928. Str. 22. (Odbitka z Warszawskiego Czasopisma lekarskiego).

Broszurka ta rzuca dość światła na stosunek lekarza do chorego, typy chorych, oraz wpływ często nieświadomy lekarza na psychikę chorego a tem samem i na przebieg danego „schorzenia" (hypochondria hypotonica, sclerotica, diathetica, diaetetica i t d. jak je autor mieni). Lekarz-praktyk znajdzie w niej wiele zdrowym rozumem podyktowanych rad, jak należy się zachować wobec różnych typów chorych ulegających owej hipochondrii.

Dr. Józef Fritz (Lwów).

Stručna therapie dětských nemoci pro lékare **i mediky napsali Prof. Dr. Jiři Brdlík a Dr. Jos. Švejcar i o zdrawotni**

péči o mládež w Republice Ceskoslovenké napsal Dr. Josef Vesely V Praze 1928. Jos. Springer, 691 str., 8⁰.

Podręcznik dla lekarzy praktyków w pierwszej mierze przeznaczony, obejmuje w skoncentrowanej formie całą pedjatrję. Rozdziały jak higjena dziecka, odżywianie, technika lecznicza, leczenie objawowe, schorzenia noworodka, zaburzenia w odżywianiu, awitaminozy, schorzenie narządów krążenia, oddechowego, wydzielniczego, nerwowego, choroby infekcyjne itd. wykazują dokładną znajomość literatury fachowej europejskiej, zwłaszcza niemieckiej i francuskiej oraz uwzględnienie ostatniej, która w odżywianiu w stanach prawidłowych i chorobowych oraz w terapji różni się od niemieckiej. Każde zagadnienie ujęto krótko, lecz nie pomijając rozpoznania różniczkowego i wiadomości teoretycznych niezbędnych. Dołączono alfabetyczny spis leków wraz z ich dawkowaniem oraz ustawodawstwo czeskie zajmujace się opieką nad dzieckiem. W ostatnim rozdziale znajdujemy też wiele danych statystycznych o tejże opiece w Czechach, o instytucjach jej poświęconych i fizycznem wychowaniu młodzieży.

Dr. Józef Fritz (Lwów).

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przemysł chemiczny, rok XII, nr. 7, za lipiec 1928: S. Mantel: Termiczny rozkład węglowodorów gazowych. — T. Chrząszcz i W. Michalski: Ocena mąki zbożowej przy pomocy jodu. — W. Iwanowski i J. Dembin: Drożdże piekarniane fabryk Rzeczypospolitej Polskiej. — J. Wierusz-Kowalski: II-gi Polski Zjazd Naukowej Organizacji w Warszawie. — A. Hirszowski: Zatrucie zawodowe przy fabrykacji barwników smołowych i produktów przejściowych oraz sposoby zapobiegania takowym.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XVII, nr. 7, z 15 lipca 1928: O twórczy czyn. — J. Dembicki: Wartość lecznicza uzdrowisk polskich. — J. Mayer: O warunki dla leczenia dietetycznego w naszych zdrojowiskach. — Referaty z prac fizjoterapeutycznych.

Neurologja Polska, tom XI, zeszyt 1, z r. 1928: S. Goldflam: Przyczynek do symptomatologji ropnia skroniowego. — L. E. Bregman i P. Szpilman-Neudingowa: W sprawie rozpoznawania schorzeń rdzeniowych za pomocą lipjodolu. — S. Bau-Prussakowa i N. Mesz: O myelografji lipjodolowej.

Medycyna, rok II, nr. 28, z 14 lipca 1928: A. Siedlecki i J. Zaorski: Śródbłoniak stawu promieniowo-nadgarstkowego. — Z. Radliński: Apel o poprawną terminologję. — J. Modrakowski: Obchód trzechsetlecia ogłoszenia książki Willjama Harvey'a. — R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego (rozdział IV).

Higjena ciała i sport, rok IV, nr. 29, za czerwiec 1928: P. Klamrzyński: Rozwój fizyczny a gruźlica. — E. Szalit: Co to są bakterje i jaka ich rola w życiu człowieka. — B. Ziemilski: Nowsze zdobycze na polu nauki o odżywianiu. — St. Mokrzycki: Z cyklu narkotyki „Taniec". — L. Kawałek: Postępowanie przy zatruciach bojowych. — P. Kubikowski: Jady wężów. — B. Ziemilska: Uwagi dyskusyjne o artykule Dr. Betcherówny p. t. „Jarstwo a reforma odżywiania". — J. Chrapowicki: Przepisy gry w piłkę siatkową.

Przyroda i technika, rok VII, zeszyt 1, ze stycznia 1928: D. Szymkiewicz: Zachmurzenie jako czynnik klimatyczny. — St. Skowron: Z wycieczki planktonowej. — Inż. T. Niemczynowski: O skraplaniu gazów.

Przyroda i technika, rok VII, zeszyt 2, z lutego 1928: B. Halicki: Metody badań utworów lodowcowych w Skandynawji. W. Podlacha: O nowoczesnej „akustyce wodnej". — Inż. Cz. Bieżanko: O skutecznym i łatwym sposobie zabezpieczania wszelkiego rodzaju słupów z drewna od gnicia.

Przyroda i technika, rok VII, zeszyt 3, z marca 1928: B. Halicki: Metody badań utworów lodowcowych w Skandynawji (dok.). — Inż. L. Sadzyński: Acetylen w syntezie chemji organicznej. — Słowniczek wyrazów obcych i terminów naukowych.

Przyroda i technika, rok VII, zeszyt 4, z kwietnia 1928: A. Kosiba: Oceanograficzna wyprawa „Meteoru" na południowym Atlantyku. — B. Pieczenko: O komórce bakteryj. — Inż. Cz. Bieżanko: Superfosfat. — Słowniczek wyrazów obcych.

Przyroda i technika, rok VII, zeszyt 5, z maja 1928: J. Siemiradzki: Legenda i prawda o „Wężu morskim". — A. Styczyński: Z najnowszych zdobyczy astrofizyki. — Inż. St. Mićewicz: Wojna chemiczna. — Słowniczek wyrazów obcych i terminów naukowych.

Przyroda i technika, rok VII, zeszyt 6, z czerwca 1928: B. Fuliński: Benedykt Dybowski. — A. Sitsch: Jaskinie. — L. Kawałek: Ratownictwo zatrutych gazami.

LISTY DO REDAKCJI.

Z Dziekanatu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

W Nr. 3/4 rocznika VI Polskiej Dentystyki pojawił się na str. 263/4 w rozdziale zatytułowanym „Z dokumentów odnoszących się do budowy Kliniki stomatologicznej i instytutu dentystycznego we Lwowie" zwrot, w którym autor Prof. A. Cieszyński zarzucił Wydziałowi lekarskiemu „brak zrozumienia dla potrzeb katedry stomatologji i niechęć, oraz zaprzepaszczenie kredytów przewidzianych przez Ministerstwo Skarbu w roku 1920 w wysokości 2.500.000 Mkp. = 1.226 dolarów na klinikę stomatologiczną, której wybudowanie obliczone zostało na 250.000 dolarów". Jest rzeczą ubolewania godną, że sprawa wewnętrzna Wydziału została wprowadzona na łamy prasy lekarskiej wbrew zasadniczo obowiązującej poufności uchwał Wydziału a w formie czyniącej wrażenie — jak z tonu i z zakończenia tego artykułu wynika — oskarżenia Wydziału lekarskiego.

W jeszcze wyższym stopniu ubolewać należy nad tem, że w wspomnianym artykule przedstawiono tę sprawę jednostronnie, gdyż bez podania motywów, dla których Rada Wydziału nie zgodziła się na projekt przystąpienia do budowy kliniki stomatologicznej kosztem 250.000 dolarów — projekt zupełnie nierealny dla każdego, znającego rozwój stosunków finansowych Państwa. Dlatego celem objaśnienia wprowadzonej w błąd opinji publicznej i w obronie powagi Rady Wydziału zmuszony jestem zabrać w tej sprawie głos i podać do wiadomości co następuje:

1) Rada Wydziału uważała, że dla rozwoju Wydziału lekarskiego lwowskiego wybudowanie kliniki okulistycznej (pomieszczonej nieodpowiednio w szpitalu), kliniki neurologiczno-psychjatrycznej i oto-laryngologicznej, które do roku 1924 istniały tylko w postaci małych ambulatorjów, a obecnie są pomieszczone w starych barakach wojskowych, oraz pawilonu dla infekcyjnych chorób dzieci (nieistniejącego dotychczas) jest istotniejszą potrzebą niż wybudowanie Instytutu dentystycznego, który wprawdzie ma pomieszczenie niedostateczne, ale nie gorsze niż wymienione kliniki.

2) Rada Wydziału uważała, że Klinika stomatologiczna wybudowana kosztem 250.000 dolarów obok zbyt małej dla swoich badań Kliniki położniczo-ginekologicznej, obok Klinik wewnętrznej i chirurgicznej, liczących po 50 łóżek, byłby czemś rażąco anormalnem ze względu na ogromną różnicę w zakresie dentystyki z jednej strony a medycyny wewnętrznej, chirurgji oraz ginekologji i położnictwa z drugiej strony.

3) Rada Wydziału uważała, że rozpoczęcie budowy Kliniki stomatologicznej, zwłaszcza takiej, której koszta budowy obliczono na 250.000 dolarów, wstrzymałoby wobec stanu finansów Państwa budowę niezbędnych i rozszerzenie nie wystarczających klinik powyżej wymienionych. To przypuszczenie, którym kierowała się Rada Wydziału w roku 1920, znalazło potwierdzenie w fakcie, że od tego czasu uzyskano tylko kredyty na rozszerzenie kliniki wewnętrznej i na rozpoczęcie budowy kliniki neurologiczno-psychjatrycznej, na którą otrzymano w ciągu 4-ch ostatnich lat 500.000 zlp. tj. około 66.000 dolarów, która zatem przy takich kredytach będzie mogła być ukończona za lat kilka do kilkunastu.

4) Cytowana w omawianym artykule, jako jedyną w dziejach jakiegokolwiek Uniwersytetu na całym świecie uchwała Rady Wydziału z marca 1928 r. odmawiająca wyboru komisji celem zbadania warunków pracy w Instytucie dentystycznym powzięta została z tego powodu, że stosunki te są Radzie Wydziału dobrze znane a ewentualne wnioski profesora dentystyki co do gruntownej zmiany tych stosunków są obecnie nieaktualne wobec programu rozszerzenia Wydziału lekarskiego, ułożonego na zasadach zaznaczonych w niniejszem piśmie pod 1—3 i wobec finansowego stanu Państwa.

Imieniem Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Zalewski, t. cz. Dziekan.

Odpowiedź prof. Cieszyńskiego na wyjaśnienie dziekana Wydziału lekarskiego Uniw. J. K.

Wyjaśnienie Pana Dziekana Wydziału lekarskiego, dane w „Polskiej Gazecie Lekarskiej" 1928 r., Nr. 33-34, a spowodowane artykułem moim ogłoszonym w „Polskiej Dentystyce" 1928 r., Nr. 3-4 pod tytułem: „Rozmieszczenie lekarzy-dentystów i stomatologów w Polsce. — Skutki ustawy dentystycznej z r. 1927. — Czy i jak należy uregulować nauczanie stomatologji w Polsce"? zmusza mnie do przedstawienia szeregu faktów w świetle rzeczywistem na podstawie przebiegu zdarzeń jako i na podstawie konkretnego materjału zawartego w aktach.

Najsamprzód cytowany przez Pana Dziekana ustęp w „Polskiej Dentystyce" 1928 r., Nr. 3-4 stanowi nie „rozdział" w tymże piśmie, co mogłoby wywołać wrażenie *osobnego artykułu*, napisanego ze specjalną intencją, a mogącego wywołać wrażenie „oskarżenia Wydziału lekarskiego".

Natomiast prawdą jest, że w „Polskiej Dentystyce" 1928 r., Nr. 3 - 4 umieściłem artykuł pod tytułem: „Rozmieszczenie lekarzy-dentystów i stomatologów w Polsce. — Skutki ustawy dentystycznej z r. 1927. — Czy i jak należy uregulować nauczanie stomatologji w Polsce"?, w którym to artykule cytowany przez pana Dziekana „rozdział" tworzył końcowy ustęp, w którym znajdowały się argumenty, motywujące fakty, wynikające z uchwał i stanowiska, które zajął Wydział lekarski w drugiej połowie 1920 r. i w czasie następnym wobec wprowadzenia osobnego studjum dentystycznego przy Uniwersytecie lwowskim i wobec budowy kliniki stomatologicznej.

Następnie prawdą jest, że artykuł ten nie był napisany celem „oskarżenia Wydziału lekarskiego" ale w intencji *obrony praw i poprawy bytu katedry stomatologji przy Uniwersytecie lwowskim, po wyczerpaniu wszystkich możliwych środków jakie miałem do dyspozycji*, jak wypływa z mego oświadczenia danego na posiedzeniu Rady Wydziału lekarskiego w dniu 2. VII 1928 r.:

„Ponieważ z powodu artykułu ogłoszonego przeze mnie w „Polskiej Dentystyce" 1928 (Nr. 3-4): „Rozmieszczenie lekarzy-dentystów i stomatologów w Polsce. — Skutki ustawy dentystycznej z r. 1927. — Czy i jak należy uregulować nauczanie stomatologji w Polsce"?, zwłaszcza z powodu dedykacji na czele umieszczonej oraz zakończenia jego spotkał mnie zarzut, iż wystąpieniem swojem obraziłem Wydział lekarski Uniwersytetu J. K., przeto oświadczam, że tak w tym jak i dawniejszych swoich wystąpieniach w sprawie reprezentowanej przeze mnie nauki i potrzebnych do jej krzewienia urządzeń, nie kierowałem się nigdy względami osobistemi, lecz wyłącznie rzeczowemi, i że już z tego powodu zawsze była mi daleka chęć dotknięcia kogokolwiek osobiście. Jeżeli więc ktokolwiek z Członków Wydziału Lekarskiego lub Rada Wydziału Lekarskiego jako taka czuje się ostatniem mojem wystąpieniem obrażona, oświadczam, że nie leżało to bynajmniej w mojej intencji. — Wspomnianej dedykacji i zakończeniu nadałem zaś formę tak ostrą, ażeby zwrócić uwagę i skłonić do gruntownego przestudjowania sprawy, te osoby i czynniki, których dotąd nie zdołałem przekonać, chociaż wyczerpałem w ciągu dziewięciu lat wszystkie środki, któremi rozporządzałem. Sprawa bowiem posiada doniosłe znaczenie nietylko dla Lwowa i jego Uniwersytetu, lecz także *dla całego Państwa*. Za pomyślny jej rozwój czuję się odpowiedzialnym nietylko jako reprezentant stomatologji na Uniw. J. K., lecz także dlatego, że lekarze-dentyści i stomatologowie całej Polski, dając niejednokrotnie wyraz swemu do mnie zaufaniu, mają prawo domagania się ode mnie skutecznej obrony interesów nauki, na której się cała ich odpowiedzialność zawodowa opiera. Toteż oświadczam, że będę stał nadal na straży tejże nauki w Polsce i będę walczył nadal wszelkiemi godziwemi środkami o poprawę bytu i warunków pracy katedry stomatologji Uniwersytetu lwowskiego oraz o prawa i rozwój dentystyki i stomatologji w Polsce".

Zaprzeczyć muszę następnie jakobym użył wyrazu „zaprzepaszczenie kredytów", przez Wydział lekarski, wyrazy te umieszczone są bowiem w cudzysłowie i mogą wywołać wrażenie jakoby przeze mnie były użyte. Faktem natomiast jest, że w artykule wspomnianym sprawę przedstawiłem w sposób następujący:

„Ponieważ Wydział lekarski nie przyjął podziału kredytów w myśl propozycji Ministerstwa Skarbu, zwlekając z decyzją, i sprzeciwił się wreszcie zużyciu kredytu przewidzianego na klinikę stomatologiczną, kredyt całkowity roczny budowlany Wydziału lek. w wysokości $18^1/_2$ miljonów Mkp. czyli 132.000 dolarów przepadł niepowrotnie. Nie pomogło „votum separatum" przedstawiciela katedry stomatologji przeciw uchwale większości Wydziału lekarskiego. Jeszcze raz w r. 1921 pojawił się kredyt drugi, wstawiony przez Ministerstwo Skarbu na wniosek Ministerstwa Oświaty i Ministerstwa Zdrowia, w wysokości $2^1/_2$ miljona Mkp. t. j. 1.226 dolarów (1 dolar = 2.035 Mkp.).

W tych dwóch latach otrzymał więc Wydział lekarski lwowski na klinikę stomatologiczną 10.512 dolarów.

Wydział lekarski zdecydował wówczas ponownie, że kredyt ten nie może być wypłacony na budowę kliniki stomatologicznej, gdyż porządek budowy zakładów Wydziału lekarskiego został zmieniony".

Z pisma pana Dziekana wynika, jakoby Wydział lekarski nie popierał zamierzeń Profesora stomatologji dlatego, że wybudowanie kliniki kosztowałoby 250.000 dolarów.

Prawdą natomiast jest, że w dniu 15. IV. 1920 wygotowany został przez architektę Wojciecha Dembińskiego konkretny projekt kliniki stomatologicznej na zabudowanie powierzchni 120.000 m² i postawienie 3-piętrowego gmachu za cenę 16.568.000 mkp. = 85.814 dol. Projekt ten został przedłożony w dniu 2. VII. 1928 Profesorowi Halbanowi przed wysłaniem wyjaśnienia pana Dziekana Wydziału lekarskiego. Nietylko, że Rada Wydziałowa nie uznała w r. 1920 projektu tego za nierealny, ale nawet wstawiła w II swym memorjale z dnia 8. V. 1920 na budowę kliniki stomatologicznej 18,000.000 mk. t. j. około 100.000 dolarów) i pozatem 1,000.000 mk. na prowizorjum dentystyczne.

Zaprzeczyć więc muszę, że projekt budowy kliniki stomatologicznej w latach 1920/21 *był nierealny*, gdyż Rada Wydziałowa *popierała faktycznie projekt ten bardzo gorąco* w r. 1919, 28 stycznia 1920 i jeszcze 8 maja 1920; wówczas to — w styczniu 1920 r. postawiła Rada Wydziałowa klinikę stomatologiczną na III miejscu potrzeb Wydziału lekarskiego, po klinice neuro-psychjatrycznej i okulistycznej, 8. V. 1920 na IV miejscu, wysuwając na II miejsce klinikę oto-laryngologiczną; dopiero 10. VII. 1920 wysunęła przed klinika stomatologiczną pawilon infekcyjny dla klinik pedjatrycznej a 28. VII. 1921 wysunęła jeszcze powiększenie kliniki chorób wewnętrznych i kliniki chirurgicznej i ginekologicznej oraz budowę II kliniki chorób wewnętrznych, II kliniki chihurgicznej a 19. III. 1922 wystąpiła do Ministerstwa WROP z wielkim planem rozbudowy zakładów teoretycznych.

Dopiero wówczas, gdy sprawa budowy kliniki stomatologicznej weszła na tory realne, gdy Minister Zdrowia Publicznego p. Dr. Witold Chodźko uznał budowę kliniki stomatologicznej i Instytutu dentystycznego przy Uniwersytecie lwowskim za „konieczność państwową" a nietylko jako sprawę Wydziału lekarskiego lwowskiego, dopiero gdy projekty budowy zyskały poparcie Ministra WROP, pana Łopuszańskiego, gdy tenże przyrzekł pierwsze kredyty na budowę Instytutu dentystycznego i kliniki stomatologicznej w dniu 9. IV. 1920 w wysokości 5,000.000 mk. oraz zaprojektował kredyt dalszy na rok następny w wysokości 9,000.000 mk., dopiero wówczas zaszedł zwrot w poglądach Wydziału lekarskiego a sprawa budowy kliniki stomatologicznej stała się dopiero nierealna z powodu nieprzyjęcia przez Wydział lekarski projektu Ministra Skarbu, w którym klinika okulistyczna na razie została pominięta, skutkiem czego kredyty przewidziane na rok 1920 dla całego Wydziału w wysokości około 132.000 dolarów nie zostały przyznane przez Ministerstwo Skarbu.

Następnie realna była budowa kliniki stomatologicznej także w r. 1921, gdy Ministerstwo Skarbu wstawiło w budżet kredyt $2^1/_2$ milj. mk. na budowę kliniki stomatologicznej i wezwało przedstawiciela katedry stomatologji do przedłożenia planów, który to akt przez ówczesnego Dziekana nie został doręczony w należytym czasie przedstawicielowi katedry tylko dopiero po upływie kilku tygodni na skutek osobistej interwencji, gdy tenże osobiście w Dziekanacie upomniał się o należyte załatwienie sprawy.

Kredyt przeznaczony na budowę kliniki stomatologicznej w r. 1921 uchwalił Wydział lekarski pod koniec roku, ażeby nie przepadł, zużyć na cele rozpoczętych budów Wydziału.

Budowa Kliniki stomatologicznej wraz z Instytutem dentystycznym nie była nietylko nierealna w latach 1920/21, ale była głównym bodźcem, który skłonił Władze Centralne do traktowania projektu rozbudowy całego Wydziału lekarskiego jako rzeczy realnej. Na konferencji w kwietniu 1920 r. zamierzał p. Minister Skarbu Władysław Grabski budować tylko klinikę stomatologiczną z Państwowym Instytutem dentystycznym we Lwowie, i zaproponował to Prof. Cieszyńskiemu, który jednak będąc wówczas delegatem Wydziału lekarskiego, propozycji w tej formie nie przyjął, powołując się na uchwały Wydziału lekarskiego i uzyskał po pół godzinnej dyskusji i zwołaniu Komisji międzyministerjalnej od p. Ministra Skarbu zgodę na ogólny plan Wydziału lekarskiego z pewną zmianą, w którym klinika stomatologiczna miała wraz z kliniką neurologiczno-psychjatryczną stanąć jako pierwsza, gdy klinika okulistyczna miała na razie otrzymać tylko nowe plany budowy. Stwierdzić więc należy, że budowa kliniki stomatologicznej nietylko, że nie zahamowała w r. 1920 rozbudowy całego Wydziału, ale że pchnęła rozbudowę całego Wydziału na tory realne.

Zaprzeczyć muszę stanowczo, że treścią artykułu mego „wprowadzoną została w błąd opinja publiczna“, gdyż materjał podany w „Polskiej Dentystyce“ opierał się na danych faktycznych, a obecnie w poprzedzających wywodach został uzupełniony ale w innym duchu, aniżeli zamierzał wyjaśnieniem swem pan Dziekan Wydziału lekarskiego.

Prawdą jest, że Rada Wydziałowa uznawała wybudowanie kliniki okulistycznej (pomieszczonej w szpitalu) i kliniki neurologiczno-psychjatrycznej w I memorjale w styczniu 1920 roku, a klinikę otolaryngologiczną w memorjale z 8. V. 1920 za potrzebniejszą od kliniki stomatologicznej.

Prawdą jednak jest również, *że Wydział lekarski jeszcze 27. V. 1920 napisał w swoim memorjale do Ministerstwa WROP lb. 2860: „Ambulatorjum dentystyczne jest urządzone prowizorycznie i nie odpowiada obecnym wymogom. Stworzenie własnego odpowiedniego warsztatu dla dentystyki jest wobec szybkiego rozwoju tej gałęzi medycyny nieodzowne“.*

Prawdą jest również, że *klinika okulistyczna* pomieszczona w szpitalu wprawdzie miała warunki bytu nie najlepsze i że była projektowana jeszcze za czasów austrjackich budowa nowej kliniki okulistycznej i zrobione były w tymże celu plany. Dysponując jednak prócz łóżek klinicznych jeszcze łóżkami szpitalnemi, posiadała klinika okulistyczna znacznie większy materjał, aniżeliby posiadała, gdyby była wybudowana nowa klinika okulistyczna tylko o 60 łóżkach; następnie ówczesny Kierownik kliniki okulistycznej, uważając, że przerobienie planów jako rzecz poważna nieda się uskutecznić doryweczo i wymaga dłuższego czasu, oświadczył Prof. Cieszyńskiemu przed wyjazdem jego do Warszawy w sprawie rozbudowy Wydziału lekarskiego, że prosi na rok obecny (1920) tylko o kredyt na przerobienie planów.

Prawdą jest również, że klinika neurologiczno-psychjatryczna posiadała grunt i plany z czasów austrjackich i była stawiana jednomyślnie — także z głosem przedstawiciela katedry stomatologji, na pierwszem miejscu. Nie wynika jednak stąd, że po otrzymaniu baraku wojskowego i adaptowaniu go na klinikę neurologiczną z 40 łóżkami, klinika neurologiczna nie otrzymałaby warsztatu pracy, tak samo jak i klinika oto-laryngologiczna w sposób analogiczny przez uzyskanie prowizorjum z 30 łóżkami z pozostawieniem dotychczasowych ambulatorjów. Nagłe potrzeby tych 2 klinik zostały zaspokojone, podczas gdy Instytut dentystyczny nie zyskał od tego czasu ani kwadratowego metra, pomimo, że praca kliniczna wzrosła trzykrotnie a praca naukowa była bardzo ożywiona i stworzyła pierwsze podstawy dla stomatologji polskiej a wyniki pracy naukowej tegoż Zakładu należą i w piśmiennictwie zagranicznem do podstawowych prac z zakresu stomatologji i rentgenologji dentystycznej.

Stwierdzić należy, że neurologja należy w Niemczech do medycyny wewnętrznej i wielkie uniwersytety, jak n. p. w Monachjum, nie posiadają osobnych klinik neurologicznych.

Wiadomem mi jest również, że psychjatrja od czasu istnienia Wydziału lekarskiego nie była wykładana jako przedmiot osobny i nie była nigdy przedmiotem osobnym egzaminacyjnym, pomimo, że przedmiot ten w Niemczech należy do przedmiotów klinicznych na które obowiązkowo muszą uczęszczać studenci medycyny i jest przedmiotem egzaminacyjnym.

Niezgodne ze stanem faktycznym jest, że budowa kliniki stomatologicznej zastanowiła rozbudowę Wydziału Lekarskiego jak już wspomniałem powyżej, prawdą jest natomiast, że *rozszerzenie planu kliniki psychjatryczno-neurologicznej* do rozmiarów jeśli się nie mylę — trzykrotnych, w stosunku do pierwotnie projektowanego w czasach austrjackich, *zahamowało rozbudowę Wydziału lekarskiego.* Prawdą jest również, że klinika ta otrzymała zamiast pierwotnie obranego gruntu, grunt nowy, zakupiony przez Rząd polski dla wszystkich innych nieistniejących klinik na „Bawrówce“ i zajęła tamże $^1/_3$ terenu ogólnego, że koszty budowy tego olbrzymiego kompleksu, składającego się z 3 gmachów głównych wraz z bocznemi skrzydłami wzrosły niepomiernie i że zamiast w memorjale II przytoczonych 80 łóżek zaprojektowano później klinikę o 125 łóżkach, co spowodowało, że koszt pierwotny z 18,000.000 mk. (koszt jednego gmachu) = około 100.000 dolarów wzrósł do sum, których obecnie określić nie podobna; następnie prawdą jest — jak wynika z pisma pana Dziekana Wydziału lekarskiego, że w ciągu 4 lat ostatnich uzyskał Wydział lekarski tylko około 66.000 zł. na budowę kliniki neurologiczno-psychjatryczną i dobudowę kliniki chorób wewnętrznych, projektowaną pierwotnie *po* klinice stomatologicznej. Tem samem otrzymał Wydział lekarski zaledwie połowę kredytów w ciągu ostatnich 4 lat w stosunku do tych, które mógł otrzymać w r. 1920, gdyby przyjął plan rozbudowy, zaakceptowany przez Ministerstwo Skarbu, nie mówiąc już o tem, że obecne koszty budowy wzrosły blisko trzykrotnie w stosunku do kwot, które były potrzebne w r. 1920. Podrożenie kosztów budowlanych obecnie tłumaczy też przeze mnie podaną kwotę 250.000 $, potrzebnych obecnie na budowę kliniki stomatologicznej, wraz z jej urządzeniem. Kwota ta kilkakrotnie przytoczona w piśmie pana Dziekana, nie może odnosić się do roku 1920/21, gdyż w tej wysokości nie istniała, tylko podana została w mym artykule dla zobrazowania kosztów obecnych budowy i urządzenia kliniki stomatologicznej. Jeżeli dzisiaj możemy mówić o zahamowaniu rozbudowy Wydziału lekarskiego faktycznie, to powód leży w budowie kompleksu kliniki neurologiczno-psychjatrycznej, z którego na razie stanęło zaledwie jedno skrzydło jednego gmachu a część ta drobna nie jest jeszcze wykończona. O ile w tem samem tempie budowa postępować będzie, można liczyć na budowę jednego gmachu lat 15, a wszystkich trzech 45 lat. Wobec takiego stanu rzeczy może mieć rację przedstawiciel katedry neurologji i psychjatrji, jeżeli tenże twierdzi, że ukończenia budowy zapewne nie doczeka. — Tem gorzej przedstawiają się horoskopy dla innych klinik i to na tle istniejącej uchwały, że nie wolno przedstawicielowi katedry starać się przez osobistą interwencję w Ministerstwach o budowę nierozpoczętych budów. — Bo co może faktycznie wpłynąć na przyśpieszenie tempa rozbudowy całego Wydziału, jak tylko memorjały, świadczące o pilności faktycznych potrzeb, znaczenie i wartość pracy naukowej przedstawicieli katedr interesowanych, odważenie potrzeby Wydziału i potrzeby państwa; największą rolę odgrywa inicjatywa osobista, dlatego ten czynnik, nie powinien być zahamowany żądną uchwałą, jeżeli chodzi o dobro nie prywatne, ale publiczne.

Nie można zgodzić się na to, jakoby klinika stomatologiczna wybudowana kosztem 250.000 $ była „czemś rażąco anormalnem“, ze względu na ogromną różnicę w zakresie dentystyki z jednej strony a medycyną wewnętrzną, chirurgją oraz ginekologją i położnictwem z drugiej strony. Przeciw tej tezie wypowiedział się przecież sam Wydział lekarski w r. 1920, dając w pierwszych swoich memorjałach klinice stomatologicznej z Instytutem dentystycznym pierwszeństwo przed rozbudową tychże klinik. Stomatologja jest tak samo równorzędną gałęzią medycyny jak medycyna wewnętrzna, chirurgja lub ginekologja lub położnictwo — z tą tylko różnicą, że stomatologja rozrosła się w ostatnich 20 latach ogromnie, a we Lwowie otrzymała katedra stomatologji tylko prowizorjum w r. 1907 i 1913, podczas gdy inne przedmioty wyżej wymienione posiadały jak na on czas wielkie własne warsztaty pracy. Że stomatologja wzgl. dentystyka jest postawiona zagranicą inaczej, niż w Polsce i posiada doskonałe warsztaty pracy — o tem wiadomo ogólnie, nie potrzebuję więc przykładów przytaczać. A nawet mimo ciężkich warunków finansowych, powstałych dla każdego państwa po wojnie, warsztaty te dla dentystyki przedwojenne zostają zamienione na kliniki stomatologiczne ze względu na znaczenie, jakie stomatologja posiada i zdobyła sobie w zespole innych gałęzi lekarskich. Chirurgja i medycyna wewnętrzna posiada na ogół dwie katedry zagranicą i w Polsce, dentystyka posiada w Niemczech, Anglji, Francji, Ameryce od dawnych czasów 3 oddzielne katedry, nie mówiąc już o tem, że ortopedja i ortodoncja jako i rentgenologja dentystyczna zostaje wykładana przez osobnych docentów.

Nie mogę się zgodzić z twierdzeniem, że warunki pracy w obecnym Instytucie dentystycznym były Wydziałowi lekarskiemu dobrze znane. Nie można bowiem przypuszczać, że, gdyby faktycznie warunki pracy były dobrze znane, mógłby się znaleść chociażby jeden przedstawiciel nauki, któryby nie uznał warunków obecnych w Instytucie dentystycznym wobec rozrostu pracy klinicznej, dydaktycznej i naukowej za wystarczające i mógłby uznać wybór Komisji „w sprawie poprawy warunków pracy“ w tymże zakładzie za *nieaktualny*.

Wydział lekarski przeczyłby sam sobie, gdyż stanowisko wyrażone w piśmie pana Dziekana Wydziału lekarskiego jest sprzeczne ze stanowiskiem, które zajął Wydział lekarski z początkiem roku 1920 które przytoczyłem powyżej — (a od tego czasu minęło 8 lat). Instytut dentystyczny jak dawniej mieści się w ubikacjach wynajętych, mała kancelarja instytutu dentystycznego służy zarazem za poczekalnię, pracownia naukowa o 10 m² zostaje stale — zależnie od charakteru pracy — przemieniana na inną, wiele prac naukowych robi się poza Zakładem, w Zakładach innych lub w mieszkaniu prywatnem profesora, część szaf bibljotecznych znajduje się na korytarzu, brak zupełnie miejsca na muzeum: na parterze mieści się trzeciorzędna restauracja, a wyziewy z mieszkania prywatnego zajętego przez dziesiątkę lokatorów, należących do warstw najniższych zanieczyszczają wszystkie ubikacje Instytutu; zgiełk ulicy przeszkadza podczas operacyj i kursów, zgiełk podwórzowy podczas wykładów, słabe mury ulegają ka-

---

*) Jak już zaznaczyłem koszty budowy miały wynosić około 86.000 dol. a nie 250.000 dolarów.

żdemu wstrząśnięciu ulicznemu nie dozwalając na wykonanie zdjęcia rentgenowskiego precyzyjnego o cokolwiek dłuższej ekspozycji. Cały Instytut dentystyczny możnaby umieścić na korytarzach jednej z klinik lub zakładu teoretycznego Wydziału lekarskiego.

Każdy nieuprzedzony przyznać musi, że wybór Komisji w sprawie zastanowienia się co do poprawy bytu jednej katedry nie pociąga jeszcze żadnych dalszych zobowiązań finansowych, natomiast, że należy do obowiązków Wydziału lekarskiego stworzenie należytych warunków pracy, jeżeli przedstawiciel katedry od lat 9 bez względu na istniejące przeciwności, wnioski swe o poprawę bytu ponawia, wypełniając tem samem obowiązek profesora, reprezentującego rażąco upośledzoną katedrę. W tym przypadku przedstawiciel tejże katedry nie tylko ma obowiązek ale i prawo do żądania poparcia ze strony Wydziału, gdyż może powołać się na uchwałę Rady Wydziałowej z dnia 12 stycznia 1920, *kiedy to Wydział lekarski dał mu oficjalne przyrzeczenie, że wszelkie jego dążenia co do gmachu nowego najgoręcej poprze* a nawet upoważnił ówczesnego Dziekana do wystosowania pisma w tym duchu i do wysłania go przez Senat Akademicki do Ministerstwa WROP. Ale sprawy te dotyczą $8^1/_2$ lat wstecz, gdy przedstawiciel katedry stomatologji Uniwersytetu lwowskiego miał być powołany na Dyrektora Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie.

W odpowiedzi na wyjaśnienie pana Dziekana musiałem niestety podawać szczegóły, które właściwie ze względu na „powagę Wydziału" radbym zamilczeć, ażeby oczyścić się od zarzutów, stawianych mi przez Wydział lekarski i ażeby bronić nadal wszystkiemi godziwemi środkami praw katedry stomatologji i walczyć o poprawę jej bytu. Tak bowiem, a nie inaczej pojmuję obowiązek swój jako profesor stomatologji, niestety tak bardzo upośledzonej gałęzi medycyny na wszystkich uniwersytetach polskich.

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. JÓZEF POLAK

Dnia 4 b.m. po krótkiej chorobie zmarł dr. Józef Polak, znany działacz na niwie higjeny publicznej i niestrudzony krzewiciel idei pokoju światowego.

Ś. p. dr. Józef Polak urodził się w roku 1857 w Łucku na Wołyniu. Po ukończeniu szkoły średniej wstąpił w roku 1874 na wydział lekarski uniwersytetu warszawskiego, który ukończył z odznaczeniem w roku 1880. W trzy lata później został dr. Polak członkiem Towarzystwa Lekarskiego, a następnie prezesem tej instytucji.

Ś. p. Polak przez lat 30 redagował czasopismo „Zdrowie". Zmarły był twórcą gmachu warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego i jednym z najczynniejszych członków tego Towarzystwa, a wreszcie jego prezesem aż do ostatniej chwili. Był on znany szeroko nietylko w Polsce, lecz i poza granicami kraju, jako wytrwały, nie zrażający się żadnemi trudnościami propagator wielkiej idei pokoju wszystkich narodów świata.

Zmarły był komandorem orderu „Polonia Restituta", odznaczony też został honorową Legją francuską.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Sanitarno-higjeniczne wyszkolenie lekarzy. We wrześniu roku bieżącego Państwowa Szkoła Higjeny (Chocimska 24) rozpoczyna trzeci kurs Higjeny Publicznej dla lekarzy-kandydatów do państwowej i samorządowej Służby Zdrowia. — Kurs trwać będzie dziewięć miesięcy.

Konkurs. Polski Związek Przeciwgruźliczy ogłasza niniejszym konkurs na stanowisko lekarza-inspektora: poradni, instytucyj oraz Towarzystw Przeciwgruźliczych. Stanowisko inspektora jest zajęciem pełnopłatnem, wymagającem całkowitego oddania się sprawom organizacji walki z gruźlicą, oraz rozjazdów w ciągu przynajmniej 10 dni w miesiącu. Kwalifikacje potrzebne: dokładna znajomość organizacji walki z gruźlicą oraz instytucyj przeciwgruźliczych i odpowiednie wyrobienie społeczne. Warunki pracy do umowy. Podania przesyłać należy do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego ul. Chocimska 24, z załączeniem curriculum vitae i świadectw o przebiegu dotychczasowej pracy. Termin składania podań upływa z dniem 15-ym września r. b.

Ze świata.

X. Karlovarski Międzynarodowy Kurs Lekarski ze specjalnem uwzględnieniem Balneologji i Balneoterapji. Tegoroczny Kurs Lekarski odbywać się będzie w czasie od 23 do 29 września. Odbędzie się 27 odczytów, które wygłoszone będą przez przedstawicieli ze sfer lekarskich Niemiec, Anglji, Finlandji, Francji, Holandji, Włoch, Austrji, Szwajcarji Czechosłowacji i Węgier. Lokalne urządzenia kąpielowe pokazywane będą przez miejscowych fachowców, również postarano się o imprezy towarzystkie. Urzędnicy zagraniczni otrzymają bezpłatne wizy. Czeskosłowackie Ministerstwo Kolei udziela im od granicy Republiki Czesko-słowackiej do Karlovych Varów i z powrotem, jakoteż na turystyczne ekskursje wewnątrz kraju Republiki Czeskosłowackiej zniżkę kolejową 33%. Wiadomość udziela zarządzający Dr. Edgar Ganz v Karlovych Varach.

II Międzynarodowy Zjazd Kas Chorych. Ustalony został ostateczny termin i porządek obrad II Międzynarodowego Zjazdu Kas Chorych, który odbędzie się w Wiedniu, dnia 10, 11, 12 i 13 września b. r.

Redakcja otrzymała:

Revue internationale de médecine professionnelle et sociale, rocznik I, zeszyt 1, z r. 1928.

Dr. Emil Terlecki: „Sprawozdanie z działalności przychodni przeciwgruźliczej w Kępnie w r. 1926/27". Odb. z Kliniki ocznej zeszyt II r. 1928. „O mechanicznem leczeniu jaglicy". Odbitka z Klin. oczn., zeszyt III z roku 1926. „O mechanicznem leczeniu jaglicy". Odb. z Praktyki lekarskiej ark. 9 z r. 1927. „Insulina przy operacji zaćmy cukrzycowej". Odb. z Polsk. Gaz. Lek. nr. 47 z r. 1924. „Co stoi na przeszkodzie w zwalczaniu jaglicy; Odczyt wygł. na III Zjeździe okulistów polskich w kwietniu 1928.

P. Prengowski: „Le concept, le jugement et l'attentions". Etude psychologique. Nakł. autora. Paryż 1928.

Narkose und Anaesthesie, rok I, nr. 7 z 15 lipca 1928.

R. Poplewski: „Zarys nauki o mięśniach". Wydanie II., uzupełnione .Warszawa 1928.

P. Nicaud: „L'aspergillose pulmonaire". Nakł. firmy G. Doin et Cie Paris.

A. Tournay: „Neurologie". Nakł. firmy Gaston Doin et Cie Paris.

Jean Gaté: „Dermatologie". Nakł. firmy Gaston Doin et Cie Paris.

G. Siguret: „Les maladies des reins". Nakł. firmy Gaston Doin et Cie Paris.

R. Deron: „Le syndrome maniaque". Nakł. firmy Gaston Doin et Cie Paris.

Sprostowanie omyłek druku:

jakie zaszły w pracy Dra Wł. Mikułowskiego p. t.: „Przyczynek do sprawy zapalenia płuc Grancher'a", ogłoszonej w numerze 26-tym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. 1928.

strona 482, szpalta 1-sza. wiersz 24-ty od dołu zamiast: „osłuchanie" ma być „osłuchiwanie",

strona 482, szpalta 1sza. wiersz 18-ty i 15-ty od dołu, tudzież szpalta druga, wiersze: 2-gi, 7-my, 11-ty i 19-ty od góry zamiast % ma być: ‰,

strona 482, szpalta druga, wiersz 31-szy od góry zamiast stwierdzić jaki stan jego płuc", ma być: „stwierdzić, jaki jest stan jego płuc",

strona 482, szpalta druga, wiersz 37-my od dołu zamiast: Delila ma być „Delilla",

strona 482, szpalta druga wiersz 26-ty od dołu zamiast: „bowiązkowo" ma być „obowiązkowo",

strona 482, szpalta druga, wiersz 3-ci od dołu zamiast „rzekomo-płucną" ma być: „rzekomo-opłucnową",

strona 483, szpalta druga, wiersz 4-ty od góry zamiast: „oka" ma być „oko".

W sprawozdaniu z 50-letniego jubileuszu Tow. Lekarskiego Lwowskiego, „P. G. L." Nr. 32, str. 591, szpalta 2, w przemówieniu prof. dra Latkowskiego z Krakowa ma być: w imieniu Rady Wydziału Lekarskiego zamiast Towarzystwa Lekarskiego.